



La circuncisión genital femenina y la enfermería transcultural

Trabajo de Fin de Grado

Revisión Narrativa

Autora: Ana Cereza de Burgos

Tutora: Juana Robledo

Grado en enfermería

Curso académico: 2018

“La universalidad de los cuidados revela la naturaleza común de los seres humanos y de la humanidad, mientras que la diversidad de los cuidados pone de manifiesto la variabilidad y las características únicas de los seres humanos”

M. Leininger.

Agradecimientos:

En primer lugar, mis mas sinceros agradecimientos al personal de la biblioteca de medicina de la Biblioteca Autónoma de Madrid, por la facilitación de los diferentes recursos para la realización de este trabajo y por el apoyo que proporcionan en todo momento a la investigación. Especialmente, mencionar a M^a Candelas Gil Carballo, que durante este proceso facilitó su tiempo y paciencia para ayudarme en la resolución de todas las dudas, y proporcionó el apoyo necesario para poder enfrentarme a los momentos más difíciles que fueron surgiendo durante todo el proceso, gracias a su dedicación ha hecho posible el presente trabajo.

Mencionar a mi tutora Juana Robledo que, gracias a su recorrido académico a través de la antropología y la enfermería, orientó este estudio y aportó una visión más humana y holística a un tema tan complejo y transversal.

Gracias a mis amigos y familiares cercanos que han hecho posible este trabajo mediante el apoyo incondicional, gracias por dedicarme todo vuestro tiempo y acompañarme en este largo y difícil proceso, especialmente a M^a Fernanda Burgos Díaz, Carmen Burgos Díaz y Jaime Guerrero Villa. Gracias a mis amigas Paula de la Fuente y Beatriz Corral por servir como inspiración debido a su compromiso para con la lucha por la igualdad de género y la defensa de los derechos de las mujeres.

Por último, agradecer también a Pablo Sarricolea, gran amigo y compañero del sector biosanitario que ha ayudado a la traducción del abstract y, a su vez, aportado su apoyo y cercanía durante todo el desarrollo del trabajo.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el estado actual de la práctica de la circuncisión genital femenina (CGF) en mujeres inmigrantes y su abordaje desde la enfermería.

Método: Se realizó una revisión narrativa a través de la búsqueda de artículos las bases de datos PubMed, Dialnet, Cuiden, Cinahl, Sociological Abstract y Scielo, estableciendo criterios de inclusión y exclusión, y limitando la búsqueda a publicaciones en español e inglés de los últimos 10 años. Se utilizaron los descriptores respectivos del tesauro de cada base de datos, combinándolos a través de los operados booleanos <AND> y <OR>.

Resultados: Se consultaron 32 publicaciones que fueron analizadas mediante diferentes unidades temáticas: repercusión/consecuencias de la CGF en las mujeres, factores perpetuantes de la práctica, puntos clave para el abordaje, y profesionales sanitarios y la CGF.

Conclusiones: La CGF repercute negativamente en varias esferas de la vida de las mujeres, en la sanitaria, psicológica, sexual, obstétrica y social. Los factores que la perpetúan se basan en sociedades regidas por el androcentrismo y de carácter heteropatriarcal, que conducen a la imposición de determinados roles de género y al control sexual de las mujeres. Se plantea un abordaje interdisciplinar en colaboración con el sector sanitario, el apoyo gubernamental y la educación sanitaria y a través del empoderamiento de la mujer, así como intervenciones que incluyan al núcleo familiar, especialmente a los hombres como figuras partícipes en la perpetuación de la práctica. Los estudios coinciden en la escasez de conocimientos y formación de los profesionales sanitarios con respecto a esta práctica. La enfermería transcultural se hace imprescindible para la comprensión de la CGF y la actuación desde enfermería, entendiendo la práctica como cuidado cultural, aplicando el modelo del sol naciente propuesto por Leininger, para así evaluarla de forma holística y transversal.

Palabras clave: Circuncisión, Mutilación genital femenina, Enfermería transcultural, Mujer.

ABSTRACT

Objective: Analyzing the current state of female genital circumcision (FGC) in immigrant women and its approach from the nursing perspective

Method: A bibliographic review was performed using the following databases: PubMed, Dialnet, Cuiden, Cinahl, Sociological Abstract y Scielo. After establishing an inclusion and exclusion selection criteria, final results were based on English and Spanish publications released over the last 10 years. Operational boolean commands such as <AND> and <OR> were deployed as well as the respective descriptors from Thesaurus corresponding to each database.

Results: 32 publications were reviewed and analyzed according to the following topics: the consequences and impact of FGC on women, factors that influence its perpetuation, key points for the management of FGC and relationship between medical staff and the FCG

Conclusions: FGC has negative consequences in multiple aspects of the life of women who suffer it, varying from health and psychological matters to sexual, obstetrics and social issues. Among the main factors that enhance its perpetuation, it is found that androcentric-based societies with heteropatriarchal features promote the imposition of role genders which consequentially lead to the sexual submission of women in the relationship. It is proposed an interdisciplinary approach in which support received from governmental groups and the medical sector lead to enhance women empowerment as well as the intervention from immediate family members. Special support is needed from men as direct actuators of this practice. Studies agree on the lack of knowledge and the misconception that exist in the medical field when it comes to FGC. Transcultural nursing is indispensable when raising awareness about this topic. Action from nursing and the comprehension associated to its understanding as a cultural issue is needed to be able to evaluate it holistically and transversally from a rising sun perspective (Leininger).

Keywords: Circumcision, Female Genital Mutilation, Transcultural Nursing, Female.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Conceptualización.....	1
1.2. Nombres que recibe:	3
1.3. Aproximación histórica:	4
1.4. El rito	5
1.5. Prevalencia:.....	7
1.6. Marco legislativo	7
1.6.1. Legislación internacional.....	7
1.6.2. Legislación nacional	10
1.6.3. Derecho de asilo	11
1.7. Aproximación a la CGF desde enfermería	12
1.7.1. Enfermería y cultura	13
1.8. Justificación del estudio.....	15
2. METODOLOGIA DE BUSQUEDA	16
2.1. Objetivos del estudio	16
2.2. Diseño del estudio:.....	16
2.3. Estrategia de búsqueda.....	16
3. RESULTADOS.....	20
3.1. Consecuencias/repercusiones en la mujer:	20
3.1.1. Consecuencias físicas:	20
3.1.2. Consecuencias psicológicas:.....	20
3.1.3. Consecuencias sobre la sexualidad:.....	22
3.1.4. Consecuencias obstétricas:	22
3.1.5. Consecuencias sociales:.....	24
3.2. Factores perpetuantes.....	24
3.2.1. Factores socioculturales.....	24
3.2.2. Factores económicos.....	25
3.2.3. Factores sexuales	25
3.2.4. Factores religiosos	26
3.2.5. Factores de salud	27
3.2.6. Factores Higiénico-estéticos.....	27
3.3. Puntos clave para el abordaje.....	27
3.3.1. Educación	27
3.3.2. Los hombres	29

3.3.3. Legislación	29
3.4. Profesionales sanitarios y CGF	30
3.4.1. Enfermería y la CGF.....	31
4. DISCUSIÓN.....	32
4.1. Interpretación de los resultados:	32
4.1.1. Consecuencias para la mujer	32
4.1.2. Factores perpetuantes:	34
4.1.3. Puntos clave para el abordaje	39
4.1.4. Profesionales sanitarios y CGF	42
4.2. Cuestiones éticas.....	47
4.2.1. Medicalización.....	47
4.2.2. Cirugías estéticas	48
4.3. Futuras líneas de investigación	49
4.4. Recomendaciones para la práctica clínica:	50
4.5. Limitaciones del estudio	52
5. CONCLUSIONES.....	53
6. BIBLIOGRAFÍA:	54
7. DOCUMENTACIÓN ANEXADA.....	59

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategia de búsqueda	19
Tabla 2. Complicaciones inmediatas y a medio-largo plazo	20

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de MGF	2
Figura 2. WHO classification of FGM (1997 and 2007 revision)	3
Figura 3. A/MGF como sistema de cuidados genéricos	45
Figura 4. Modelo del Sol Naciente de Madeline Leininger.....	47

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Conceptualización

Para contextualizar el tema de estudio es necesario definir e introducir los conceptos principales en torno a la materia.

En primer lugar, la Mutilación genital femenina (MGF) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

“Todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”¹.

Asimismo, el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad la concibe como toda práctica que

“comprende todos los procedimientos de ablación parcial o total de los genitales externos de la mujer, así como en otras lesiones de los órganos genitales femeninos, causados por razones culturales u otras y no con fines terapéuticos”²

La MGF se engloba dentro de las llamadas prácticas tradicionales perjudiciales (PTP) para la mujer. Las PTP para la mujer, se encuentran fundamentadas en la creencia de la inferioridad del sexo femenino con respecto al masculino. Estas prácticas fomentan estereotipos predeterminados en relación con el rol de género y se perpetúan mediante la violencia y/o coacción. Se encuentran muy relacionadas con el contexto cultural en que se dan, que determinará la posición y función social de la mujer, fomentando y protegiendo, de esta manera, el control sobre las mismas³.

A continuación, se muestra la tabla que recoge el trabajo de Pastor Bravo⁴ representado la clasificación de la MGF según la OMS:

Figura 1. Tipos de MGF ⁴

Tipo	Definición	Subtipo	Definición
I o Clitoridectomía	Extirpación parcial o total del clitoris y / o el prepucio	Ia	Eliminación de la capucha del clitoris o prepucio solamente
		Ib	Extirpación del clitoris con el prepucio.
II o Escisión	Extirpación parcial o total del clitoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores	IIa	Eliminación de los labios menores.
		IIb	Eliminación parcial o total del clitoris y labios menores.
		IIc	Resección parcial o total del clitoris, labios menores y labios mayores.
III o Infibulación (Circuncisión faraónica)	Extirpación parcial o total del clitoris y genitales externos para posterior sutura y estrechamiento de apertura vaginal.	IIIa	Eliminación de los labios menores.
		IIIb	Eliminación de los labios mayores.
IV Sin clasificar.	Todos los procedimientos dañinos realizados sobre los órganos genitales femeninos con fines no terapéuticos.		

La actual división fue propuesta por la OMS en 2007, ya que, anteriormente se guiaban por la clasificación establecida en 1997, la cual no abarcaba de forma completa todos los aspectos de las diferentes tipologías. A continuación, se muestra la comparación entre la anterior y la actual clasificación de la OMS en la siguiente tabla, aportada por el trabajo de Andro et. al ⁵:

Figura 2. WHO classification of FGM (1997 and 2007 revision)⁵

Modified WHO typology of FGM, 2007	WHO typology, 1997
<p>Type I: Partial or total removal of the clitoris and/or the prepuce (clitoridectomy).</p> <p>When it is important to distinguish between the major variations of Type I mutilation, the following subdivisions are proposed:</p> <p>Type Ia: Removal of the clitoral hood or prepuce only;</p> <p>Type Ib: Removal of the clitoris with the prepuce.</p>	<p>Type I: Excision of the prepuce, with or without excision of part or the entire clitoris.</p>
<p>Type II: Partial or total removal of the clitoris and the labia minora, with or without excision of the labia majora (excision).</p> <p>When it is important to distinguish between the major variations that have been documented, the following subdivisions are proposed:</p> <p>Type IIa: Removal of the labia minora only;</p> <p>Type IIb: Partial or total removal of the clitoris and the labia minora;</p> <p>Type IIc: Partial or total removal of the clitoris, the labia minora and the labia majora.</p>	<p>Type II: Excision of the clitoris with partial or total excision of the labia minora.</p>
<p>Type III: Narrowing of the vaginal orifice with creation of a covering seal by cutting and appositioning the labia minora and/or the labia majora, with or without excision of the clitoris (infibulation).</p> <p>When it is important to distinguish between variations in infibulations, the following subdivisions are proposed:</p> <p>Type IIIa: Removal and apposition of the labia minora;</p> <p>Type IIIb: Removal and apposition of the labia majora.</p>	<p>Type III: Excision of part or all of the external genitalia and stitching/narrowing of the vaginal opening (infibulation).</p>
<p>Type IV: All other harmful procedures to the female genitalia for non-medical purposes, for example: pricking, piercing, incising, scraping and cauterization.</p>	<p>Type IV: Unclassified: pricking, piercing or incising of the clitoris and/or labia; stretching of the clitoris and/or labia; cauterization by burning of the clitoris and surrounding tissue; scraping of tissue surrounding the vaginal orifice (angurya cut) or cutting of the vagina (gishiri cuts); introduction of corrosive substances or herbs into the vagina to cause bleeding or for the purpose of tightening or narrowing it; and any other procedure that falls under the definition given above.</p>

Source: WHO, 2008.

1.2.Nombres que recibe:

Se procederá a comentar varios de los diferentes nombres que recibe esta práctica, y que serán utilizados a lo largo de este estudio.

- “Circuncisión genital femenina” (CGF). Junto con el término “escisión”, son los más frecuentes para denominar esta práctica en el continente africano. Fue en 1990, en la III Conferencia del Comité Inter-africano sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños donde se adoptó la terminología actual -MGF- y se invitó a todos los Estados a hacer lo mismo. Se alegaba la escasa especificidad que denotaba el término “circuncidar”. La OMS fue quien, a su vez, sugirió a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) tomar la misma medida, por ello, desde entonces, a nivel internacional se opta por la connotación “mutilación genital femenina”⁶.
- Ablación. Literalmente denota la extirpación o separación de un tejido. Término muy usado en los idiomas locales ⁶.

- *Sunna*. Término utilizado por comunidades musulmanas, mayoritariamente en Egipto, que entre sus acepciones significa “tradición” o “recomendación” ⁷. Se encuentra vinculado a significados religiosos ⁸.
- Circuncisión faraónica. Nombre que recibe la práctica de la infibulación, relacionado con el origen histórico de la misma.
- *Bondo, Khutna*. Términos específicos en diferentes idiomas ⁹.

Cabe mencionar la importancia de la utilización de los términos locales, ya que poseen una carga más simbólica y menos estigmatizante, siendo interpretado como un signo de respeto hacia sus culturas ⁷. Por ello, a lo largo del presente trabajo, será denominada circuncisión genital femenina (CGF), a pesar de las críticas que esta acepción recibe desde el más extremo relativismo, ya que puede ser entendida como semejante a la circuncisión masculina ⁷. Sin embargo, el término “mutilación” se considera etnocentrista, ya que posee connotaciones muy negativas y puede conllevar a un juicio moral y/o estigmatizar a sus practicantes ⁶.

1.3.Aproximación histórica:

La CGF aparece en la historia previamente al establecimiento de las religiones monoteístas. Debido a la antigüedad de esta práctica, su procedencia geográfica y delimitación temporal son un tanto inciertas. Podría haber sido iniciada en Egipto entorno al año 4.000 A.C, prueba de ello son las momias encontradas con infibulaciones realizadas. La extensión de la práctica, según algunos historiadores, pudo ser gracias al auge de la civilización egipcia, ya que esta tradición comenzó a darse entre los cristianos coptos de Egipto y Sudán, los judíos falasha de Etiopía y determinadas tribus africanas animistas. La llegada de la práctica a países árabes se cree que fue gracias a la conquista del Norte de África, y a lo largo de los años, ésta se fue propagando ⁴.

También se tiene constancia de la realización de esta práctica en la antigua Roma, en donde se les realizaba a las esclavas la infibulación, de forma que se mantuvieran vírgenes. El nombre proviene de la palabra *fíbula*, que denomina el broche con el que se cerraba la toga -posible similitud con el cierre de los genitales- ⁴.

Sin embargo, no se conoce con certeza cómo pudo propagarse de forma que llegara a zonas de Sudamérica y Australia.

Durante los siglos XVIII, XIX y XX, la clitoridectomía se realizó ampliamente en el contexto occidental –Europa y Estados Unidos- utilizada como tratamiento para

enfermedades psiquiátricas conceptuadas como propias del género femenino, véase histeria, ninfomanía, desviaciones sexuales, etc.¹⁰

Actualmente, la práctica se ve extendida en el continente africano, así como en zonas de Sudamérica, India, Indonesia, Australia, Europa y América ⁴.

1.4.El rito

La CGF se concibe como un rito que marca el paso a la edad adulta, por ello lo más común es que sea realizado a las niñas una vez alcancen la primera menstruación. Sin embargo, no existe una edad concreta para su procedimiento ya que varía desde los escasos meses de vida hasta la pubertad (entre 12 y 14 años) ⁴. A pesar de ello, actualmente existe una tendencia a la realización de la CGF a edades cada vez más tempranas.

Este rito puede dividirse en tres fases: separación, marginación y agregación.

- Separación ^{4,10}: las niñas son separadas de la comunidad para realizarles la circuncisión. Se da la ruptura con la infancia simbolizada con la escisión del clítoris, el dolor y la sangre.
- Marginación ^{4,10}: la duración depende del proceso de curación de la herida, que puede ser desde una a dos semanas, en función del tipo de CGF. Durante este periodo, las niñas son adoctrinadas, por ello es considerado como un tiempo de aprendizaje en el que las niñas conocerán los tabúes, las normas y las prohibiciones de su comunidad, de forma que puedan cumplir adecuadamente la función y responsabilidad social que se espera de ellas.
- Agregación ^{4,10}: se presenta a las niñas como nuevos miembros de la comunidad. Pasan a ser mujeres y adquieren un reconocimiento social al ser aceptadas como tal. Esta fase es celebrada por la comunidad, las nuevas mujeres son recibidas en un ambiente festivo y les son proporcionados regalos como parte de la ceremonia.

Con respecto a la primera fase y la realización de la circuncisión, no existe un lugar concreto para este procedimiento, ya que varía según la cultura o la tradición. Puede ser realizado en una habitación del domicilio de la mujer, al aire libre en un bosque -con significado mágico o sagrado-, o incluso en lugares como escuelas, centros de salud u hospitales ¹⁰.

Debido al significado que adquiere el procedimiento en las comunidades, lo más frecuente es que sea realizado en un lugar sagrado, de forma colectiva -varias niñas de las mimas

edades son circuncidadas a la vez- y en un contexto ceremonial ¹⁰. Esta ceremonia puede incluir cánticos específicos, tambores o en ocasiones, un manto que cubre la cabeza a las niñas en señal de respeto y humildad. Todo ello depende de la comunidad en la que se realice ⁸.

El procedimiento es realizado por mujeres designadas para ello, que suelen ser las parteras de la comunidad o bien grandes expertas en este tipo de intervenciones, aunque sin formación sanitaria. Los conocimientos que reciben son transmitidos de forma oral de madres a hijas. Estas mujeres disponen de una posición privilegiada en la sociedad y en algunos casos se les atribuye poderes especiales como, por ejemplo, reconocer la presencia de los malos espíritus ^{8,10}.

Durante el procedimiento no se utiliza ningún tipo de anestesia, lo que produce fuertes dolores en las mujeres. Las niñas son sujetadas por las ayudantes de las curanderas/parteras, y pueden vendarles los ojos, o bien taparles la boca; en determinadas culturas la muestra del dolor es símbolo de debilidad, por lo que se intenta que la niña no lo manifieste ⁸. El instrumental utilizado para “el corte” varía en cada caso, aunque por lo general se utiliza cualquier objeto punzante, como por ejemplo cuchillas de afeitar, navajas, etc. Si la operación es en grupo, para varias niñas, no suele ser frecuente el cambio de instrumental para cada una. En casos de infibulación para la sutura puede utilizarse espinas de acacia o puntos de hilo¹⁰.

Tras la realización del “corte” se procede a la curación de este. Las curas realizadas dependen de la persona que lleva a cabo el procedimiento. De forma general, una vez terminado el procedimiento se limpia la zona con alcohol, zumo de limón u otros materiales, y en ocasiones, se atan las piernas de la mujer para que comience el proceso de curación ^{8,10}. Las curas de la zona suelen ser diarias y se utilizan hierbas medicinales en forma de infusión, ungüentos (compuestos por huevos, estiércol o ceniza) paños calientes, etc. ¹⁰

Todo ello supone unas condiciones de realización poco asépticas que repercutirán en la salud de las mujeres. Por ello, en ciertos lugares está apareciendo una creciente tendencia hacia la medicalización de la práctica, de forma que la intervención sea menos invasiva y sea realizada en un medio quirúrgico controlado por profesionales sanitarios ^{9,10}. Esta tendencia a la medicalización ha supuesto un creciente dilema ético y moral, ya que, desde las posiciones más relativistas se ha comparado la CGF con las cirugías estéticas

realizadas sobre los genitales femeninos en Occidente, que en algunos casos realizan a niñas menores de edad. Por tanto, se critica la criminalización de una práctica, frente a la legitimación de otras a través del sector médico.

1.5.Prevalencia:

La OMS estima que entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres de todo el mundo han sido sometidas a uno de los tres primeros tipos de CGF ¹¹. En la actualidad esta práctica es llevada a cabo en 30 países de tres continentes distintos -28 de los cuales pertenecen a África ⁹-, más de la mitad de los casos reportados aparecen en Egipto, Etiopía e Indonesia ¹². Más de 3 millones de niñas, corren el riesgo de someterse a esta intervención cada año ¹¹.

A nivel nacional, España, se establece como país de acogida de familias extranjeras procedentes de lugares en donde se practica la CGF. Según datos recogidos, de los aproximadamente 6 millones de personas de origen extranjero residentes en España existen más de 55 mil mujeres y niñas procedentes de países de África subsahariana en donde la CGF es muy común ⁸.

Organizaciones como UNICEF señalan un descenso en la prevalencia de la práctica en las últimas tres décadas, aunque no de forma uniforme a nivel internacional. Sin embargo, debido al crecimiento global- en términos poblacionales- el número de mujeres y niñas afectadas puede aumentar significativamente en los próximos 15 años ⁹.

1.6.Marco legislativo

1.6.1. Legislación internacional

Debido a las consecuencias de la CGF, las Naciones Unidas la definen como una práctica lesiva, de tortura y maltrato, que atenta contra los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

En el paradigma internacional la CGF aparece implícita en la Convención de Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en 1979, donde, en el artículo cinco de la misma, se insta a los Estados miembros a promover las medidas apropiadas para la eliminación de toda práctica consuetudinaria basada en la inferioridad de cualquier sexo o en la estereotipificación de los mismos. En 1993, la misma convención determina la negativa de aceptar como justificante de la continuidad de este tipo de prácticas, motivos culturales o religiosos, basándose en el Pacto

Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el derecho al disfrute del mayor grado de integridad física y mental ⁷.

Sin embargo, la primera vez que la CGF aparece de forma explícita en el paradigma internacional fue en 1994, en El Cairo, en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas Sobre la Población y el Desarrollo, en donde se impulsa a los estados miembros al desarrollo de programas gubernamentales destinados a erradicar la MGF. Un año más tarde, la Declaración y Plataforma de acción de Beijing ratifica la propuesta planteada en El Cairo. En 2001 la Asamblea 56/128 sobre Prácticas Tradicionales o Consuetudinarias que afectan a la salud de las mujeres y niñas, expone la necesidad de reforzar los derechos humanos de las mujeres y la independencia de estas. En 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta su primera resolución específica sobre la CGF: (Resolución A/RES/67/146) *Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la Mutilación genital femenina* ⁷. Previamente, la Unión Europea había establecido, en la Comisión Europea de 2010, la MGF como forma de violencia de género y violencia contra las niñas.

En lo que respecta al derecho penal, internacionalmente se establecen dos pilares sobre los que se sustenta la persecución de la CGF: en el continente africano, la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (Unión Africana); y en occidente, en el continente europeo, el Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Consejo de Europa)

Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica¹³:

También conocido como Convenio de Estambul, el cual entró en vigor en 2014. Este convenio del Consejo de Europa fue firmado por 47 países con la finalidad de prevenir la violencia contra las mujeres, proteger a las víctimas y entablar acciones judiciales contra los agresores; así como crear conciencia para promover la igualdad entre mujeres y hombres. Los puntos más innovadores del convenio fueron:

- Se reconoce como violación de los derechos humanos la violencia contra la mujer, así como forma de discriminación.
- Incluye la definición del concepto de género por primera vez en un tratado internacional. Esto es debido a las categorías de género establecidas socialmente

que asignan a las mujeres comportamientos y funciones determinadas lo que fomenta la violencia contra las mismas.

- Propone un llamamiento a los Estados miembros para la cooperación en favor de la lucha contra la violencia contra las mujeres, de forma que las ONG y otros organismos no actúen de forma autónoma, estableciendo así protocolos de actuación cooperativos.
- Criminaliza delitos tales como: matrimonios forzosos, acoso, aborto forzado, esterilización forzada y **mutilación genital femenina**. Esto supone que los estados participantes deberán incorporar estos delitos en sus sistemas jurídicos de forma explícita.

Con respecto a la penalización de estas prácticas, el convenio requiere una persecución de las mismas, y que los Estados firmantes se aseguren de no aceptar como justificación para cometer cualquier acto de violencia motivos culturales, de costumbre, religión o de honor.

Hoy en día 34 de los 47 países firmantes, entre los que se incluye España, han ratificado el convenio, para así introducirlo como herramienta legalmente vinculante en sus sistemas jurídicos. Esto no supone que todos ellos hayan elaborado una legislación específica contra la CGF, ya que también pueden haberla tipificado como delito o bien incluirla como un delito de lesiones.

Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África (2003)⁷:

Esta Carta, conocida como Carta Banjul, se aprobó en 1981, y estipula que los Estados miembros deberán impulsar medidas legislativas sancionatorias con el fin de erradicar la CGF en todas sus formas, así como evitar la medicalización de esta. La iniciativa fue respaldada por 24 países africanos que, pueden incorporarlo en su legislación de forma específica, o bien lo persiguen a través de otras disposiciones legales más generales sobre lesiones ⁷.

Sin embargo, debido al tabú existente con respecto a la sexualidad de la mujer y la creencia equívoca de que la práctica de la es CGF exclusiva de África, escasos países practicantes de la misma no pertenecientes al continente africano han penalizado la CGF, exceptuando Yemen, Colombia y el Kurdistán Iraquí ⁷.

1.6.2. Legislación nacional

En la legislación española la primera reforma legal realizada para la penalización de la práctica de la mutilación genital femenina, incorporándola como nuevo delito autónomo y específico, se opera en el año 2003, con la reforma de la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros¹⁴, que modifica el Código Penal, dándole una nueva redacción al artículo 149, que en su punto 2 dispone:

“El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor de edad o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela o curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz”.¹⁴

Posteriormente aparece la Ley 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica del Poder Judicial¹⁵, para perseguir extraterritorialmente la mutilación genital femenina. El objetivo de esta modificación es evitar la impunidad de estos hechos cuando se realicen en los países de origen de las familias de las niñas¹⁶. De esta manera se incorpora a la legislación española el principio de justicia universal, por el cual se adquiere la competencia de perseguir tanto a personas de nacionalidad española como extranjera, fuera del territorio nacional, que hayan lesionado bienes jurídicos reconocidos por la comunidad internacional. Es decir, permite la persecución de la CGF, aunque no haya sido cometida en territorio español¹⁰.

Sin embargo, este principio de justicia universal se ve modificado por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. En esta modificación no se hace mención expresa de la CGF, ya que figura como delito de lesiones en el código penal. Esta modificación termina por generar cierta desprotección para las mujeres víctimas de CGF¹⁰.

Así mismo, la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia¹⁷, en su artículo 11, menciona la protección del menor contra toda forma de violencia, entre las que incluye explícitamente la ablación genital femenina.

1.6.3. Derecho de asilo

El derecho de asilo es aquel que, en el caso de la CGF, las niñas o mujeres pueden utilizar para huir de sus países de origen y que no se les realice esta práctica. Este asilo funciona como protección en forma de acogida para los solicitantes. El asilo se concede cuando el Estado “anfitrión” reconoce al extranjero la condición de refugiado. Según la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados¹⁸ – de 1950- esta condición se otorgará a:

“[...] Toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, [...] no quiere acogerse a la protección de tal país [...]”¹⁸

Por ello, el Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Refugiados determinó una serie de aspectos sobre la CGF y la solicitud de asilo, delimitando el perfil de las personas solicitantes de la condición de asilo: puede solicitar el asilo aquella niña que, negándose a realizarse la CGF, le ocasione un grave riesgo para su salud. Así como aquella niña que haya consentido la circuncisión en condiciones de coacción, engaño o amenazas. La condición de asilo puede ser prolongada hacia alguno de los dos padres de la niña o incluso a la familia entera si ello entraña una situación grave, o temor⁴.

Con respecto al asilo internacional la Comunidad Europea establece, tras el Tratado de Ámsterdam (1999), normas comunes en materia de asilo e instrumentos jurídicos a desarrollar⁴.

En España, el procedimiento para solicitar el asilo se inicia con la presentación de la solicitud y una entrevista posterior, en donde se tendrá en cuenta la situación individual de la solicitante. Debe realizarse en un plazo máximo de un mes desde la entrada en territorio español y, la entrada ilegal en el país por motivos de necesidad de protección internacional no será sancionada. Las solicitantes de la protección tendrán derecho a asistencia sanitaria y jurídica de forma gratuita y no podrán retornar a sus países de origen hasta que termine dicha protección¹⁸.

Sin embargo, de forma general, el asilo por razones de CGF, no siempre se concede, ya que se trata de un procedimiento lento y complejo. ACNUR, en 2011, publicó un estudio que determinaba la cantidad de mujeres y niñas solicitantes de asilo en la Unión Europea a causa de la CGF; el número total fue de 19.565, de las cuales, el asilo les fue concedido el asilo a 1.950¹⁸.

1.7.Aproximación a la CGF desde enfermería

A nivel global, organizaciones mundiales como la OMS, instan a los Estados a incluir, dentro de sus políticas sanitarias, guías de actuación y formación para los profesionales del sector, entre los que se destaca enfermería. Esto es debido a la importancia que consideran tienen estos profesionales con lo que respecta al alcance de población en riesgo, así como el papel de apoyo y proporción de información, fomentando así la paulatina erradicación de la práctica ⁴.

El Consejo Internacional de Enfermería se ha posicionado en contra la práctica, así como de su medicalización, por considerarla una vulneración de los derechos de las mujeres y las niñas.

Asimismo, si se aplica el código deontológico enfermero existente en España con respecto a la CGF, se puede apreciar cómo la práctica contrasta con los valores que éste sustenta. Por ejemplo, en el artículo 14 del mismo ¹⁹ se menciona el derecho de todo ser humano a la vida, a la seguridad de su persona y la protección de la salud, lo es contrario a la CGF debido a las consecuencias perjudiciales que supone en la salud de las mujeres ⁴. Aunque es el artículo 53 el que reivindica la responsabilidad del profesional enfermero para la salvaguarda de los Derechos Humanos con respecto al personal atendido ¹⁹.

Por otro lado, es necesario mencionar el deber que los profesionales tienen para con la ley, según el cual, si algún profesional es conocedor de una situación de CGF, o tiene la creencia de la existencia de tal caso, aunque sin capacidad para verificarlo visualmente, es obligatorio que el mismo realice un parte de lesiones y lo comunique a la Entidad Pública de Protección de Menores¹⁸. Asimismo, existe el deber general de denunciar la práctica pese al secreto profesional, ya que según el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal²⁰:

“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio si se tratare de un delito flagrante”²⁰

En 2015 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, presentó el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina. Este protocolo tiene como finalidad aportar información sobre la CGF y establecer formas de actuación eficaces para el abordaje y la prevención de la misma desde el sector sanitario. Este

protocolo establece pautas sobre las actividades que un profesional debe realizar en caso de CGF, entre las que destacan¹⁸:

- Aportar información sobre la práctica y sus consecuencias, no sólo para la salud sino también legales.
- Realizar una exploración a las niñas y mujeres que provengan de países en los que la práctica sea común. Reflejar en la historia clínica dicha anamnesis y preguntar a la paciente sobre el posicionamiento, a favor o en contra, de la circuncisión.
- Ofrecer a la familia -en el caso de niñas menores de edad- la firma de un Compromiso preventivo para la no realización de la práctica durante la estancia en el país de origen en caso de viaje. (Ver Anexo I)

Este protocolo ofrece, además, un logaritmo para la actuación de los profesionales sanitarios en caso de detectar casos de CGF. (Ver Anexo II)

Debido a las competencias autonómicas en cuestiones de salud que posee cada comunidad autónoma (C.A), este protocolo nacional se ha extendido a las diferentes CCAA, dando lugar a protocolos autonómicos para la prevención y actuación ante la MGF. En España las CCAA pioneras en el desarrollo de estos protocolos, de forma anterior al protocolo nacional de 2015 fueron: Cataluña, Aragón, Navarra y País Vasco ¹⁸.

1.7.1. Enfermería y cultura

La CGF es una práctica que no puede ser entendida exclusivamente desde el punto de vista sanitario, ya que entraña gran cantidad de aspectos, entre otros, el contexto sociocultural de las personas que llevan esta práctica a cabo.

La concepción del binomio salud-enfermedad es un proceso cultural, que solo cobra sentido en el mismo contexto en el que surge. En ciertas situaciones, este concepto de la patología y la salud se encuentra vinculado con el proceso de legitimización o estigmatización de una práctica ²¹, en este caso la CGF. La interpretación de la situación de enfermedad no es solo un acto médico, sino también social. Esto es debido a que los modelos utilizados para definir el concepto de la enfermedad se encuentran socialmente arraigados. Estos modelos acaban determinando los significados del binomio, que resultan en la imposición de ciertos valores normativos ²¹.

Por ello, desde el punto de vista sanitario se hace necesario un cuidado holístico que integre la dimensión cultural de las personas atendidas, como en el caso del abordaje de

la CGF. Madeline Leininger fue quien visualizó esta necesidad, lo que le llevó al desarrollo de la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales. Esta teoría está basada en la integración, dentro de la atención enfermera, del contexto sociocultural de las personas atendidas, como son -entre otras- las creencias, la estructura social, la economía, etc. Se hace por tanto necesario explicar tres puntos considerados claves para la comprensión de la teoría: la cultura, los cuidados culturales y la enfermería transcultural.

Leininger entiende la cultura como:

“[...] Los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra”²²

El por qué, de esta teoría, reside en la creencia –por parte de la autora- de que la enfermería tiende a ser demasiado etnocentrista y se dedica en exceso, a seguir los intereses y las directrices de la medicina²². En base a esto, aparece el concepto de los Cuidados Culturales, que se conocen como:

“Actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos [...] centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas”²²

Este tipo de cuidados varía en función de cada cultura. Sin embargo, debido a la multiculturalidad de que se caracteriza el mundo en que vivimos se hace necesario, desde la competencia enfermera, hacer uso del saber de los cuidados culturales para así poder proporcionar cuidados culturalmente congruentes y responsables²².

En esta teoría, Leininger, presenta un nuevo concepto de enfermería, que denominó Enfermería Transcultural, que se define como:

“Área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas en fenómenos y competencias del cuidado (prestación de cuidados) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar) y para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa”²²

La enfermería transcultural, por tanto, aboga por el mantenimiento o conservación de los cuidados culturales.

En 1970, Leininger, presenta el modelo del sol naciente, para representar los componentes esenciales de su teoría (Ver Anexo III). Este modelo describe a los seres humanos como entes incapaces de separarse de su procedencia cultural, estructura social, concepción del mundo, trayectoria vital y del contexto de su entorno. A su vez, todos estos factores influirán en su salud holística, la vivencia de la enfermedad y la muerte. Asimismo, esto repercutirá en los cuidados genéricos/populares -cuidados proporcionados desde puntos de vista y valores locales- y aquellos cuidados prestados por profesionales²². Finalmente, la autora, concibe la enfermería como un puente entre ambos cuidados que, por medio de la transculturalidad, fomenta la existencia de un cuidado sostenible y habilitador que sea respetuoso, e integre los diferentes modelos sobre los valores vitales¹⁰.

Debido a la trascendencia de la teoría aportada por Leininger con respecto a la integración de la cultura en los cuidados enfermeros, se considera, en el presente trabajo, una perspectiva muy adecuada para el enfoque de la práctica a tratar, la CGF.

1.8. Justificación del estudio

Debido al aumento de los flujos migratorios en Europa, cada vez aparecen más casos de mujeres circuncidadas en España. Esta creciente tendencia hace que de forma progresiva comience a establecerse como un problema de salud pública. Se hace por tanto imprescindible la difusión del conocimiento sobre esta práctica a la población y al personal sanitario.

Este estudio se ha realizado debido al creciente problema al que los Estados occidentales se enfrentan con respecto a la CGF, en cuanto al abordaje sanitario y a los dilemas éticos en torno a la perpetuación o medicalización de una práctica que condena el rol de la mujer dentro de una sociedad heteropatriarcal.

Es por tanto imprescindible que, a nivel sanitario, especialmente enfermería, los profesionales sean conocedores de la situación, y estén formados en ella, para así poder realizar intervenciones eficaces a la población de mujeres inmigrantes circuncidadas, utilizando como herramienta la enfermería transcultural.

2. METODOLOGIA DE BUSQUEDA

2.1.Objetivos del estudio

Para la realización del presente trabajo se plantearon los siguientes objetivos generales y secundarios.

Objetivo general:

Analizar el estado actual de la práctica de la circuncisión genital femenina (CGF) en mujeres inmigrantes y su abordaje desde la enfermería.

Objetivos secundarios:

- Determinar las consecuencias de la circuncisión para las mujeres.
- Conocer los factores que promueven la perpetuación de esta práctica.
- Analizar los puntos clave para el abordaje de la CGF.
- Determinar el papel de los profesionales sanitarios, y especialmente de la figura enfermera, para la prevención y control de esta práctica.

2.2.Diseño del estudio:

El presente trabajo se plantea como una revisión narrativa para la cual fueron consultadas las bases de datos PubMed, Dialnet, Cuiden, Cinahl, Sociological Abstrac y Scielo. Estas bases de datos han sido utilizadas debido a su relevancia en las ciencias de la salud, en el campo biomédico y sociológico, así como en la antropología, ya que el tema tratado, debido a su complejidad, entraña una cuestión que abarca aspectos sanitarios, culturales, sociales, psicológicos, etc.

2.3.Estrategia de búsqueda

La búsqueda de los artículos se realizó a través de descriptores; en el caso de PubMed fueron utilizados los descriptores Mesh, sin embargo, en el resto de las bases se utilizaron los descriptores aportados por los respectivos tesauros de cada base de datos. Con la excepción de Dialnet y Scielo, los cuales no poseían un tesoro propio, por lo que se utilizó en el campo de palabra clave/key word, palabras clave que se encontraron repetidamente en artículos relacionados con el tema y que, si así fuera posible, se encontraran como termino Mesh o DeCs.

Los operados booleanos utilizados para la búsqueda fueron <AND> y <OR>, y se utilizaron las palabras: “mutilación genital femenina/circuncisión”, “prevención”, “salud de la mujer”, “women’s rights”, “human rights”, “sexualidad” y “cultura”, tanto en español como en inglés y mediante la utilización de sus respectivos sinónimos. Como se ha comentado anteriormente, estos términos han sido ajustados en función de los descriptores que ofrecían los diferentes tesauros de las bases de datos consultadas.

Así mismo, se establecieron límites comunes a todas las búsquedas los cuales fueron, la limitación por año de publicación, ya que únicamente se seleccionaron aquellos artículos cuya publicación fue realizada en los últimos 10 años, y el idioma de estas publicaciones, fueron incluidos únicamente artículos redactados en inglés y español.

En el caso de Cinahl se seleccionó la opción excluir registros de Medline para así evitar la aparición de artículos ya encontrados en PubMed.

Criterios de selección para los artículos:

- Criterios de inclusión: Todos los artículos seleccionados se encontraban publicados en los últimos 10 años, estableciéndose por tanto un rango de búsqueda por fecha de publicación desde 2009 hasta 2019. Así mismo los artículos fueron limitados a aquellos redactados en español e inglés. Por último, se incluyeron aquellos artículos que fueran se refirieran a España y/o cuya población de estudio fuera población inmigrante residente en España, o bien poblaciones con contextos socioculturales lo más parecidos posibles, así como aquellos artículos que trataran de la mutilación genital femenina sin centrarse en una población concreta.
- Criterios de exclusión: Se descartaron todos los artículos que no fueran de libre acceso, así como aquellos que no pudieron ser consultados a través de la biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid. Los artículos pertenecientes a la literatura gris y aquellos que no estuvieran relacionados con el tema también fueron descartados. Todos aquellos artículos a cerca de mutilación/circuncisión cuya población de estudio fueran hombres no fueron tenidos en cuenta

En la siguiente tabla se muestran los artículos que fueron encontrados en las bases de datos consultadas según la metodología anteriormente citada. Los artículos encontrados fueron seleccionados en función de los criterios de exclusión e inclusión planteados. Tras

esto se realizó una lectura preliminar de todos ellos de forma que se pudieran analizar, conocer el objetivo del estudio y sus resultados, para determinar así la relevancia con respecto a esta revisión narrativa. Los artículos descartados fueron considerados irrelevantes debido al objeto de estudio, así como el contexto sociocultural que trataban, los cuales no correspondían con los queridos tratar en este estudio, sea por ejemplo aquellos cuya muestra de población fuera la masculina, o bien aquellos artículos que tratando sobre la circuncisión genital lo hacía entorno a contextos socioculturalmente muy diferentes. También fueron excluidos aquellos artículos cuya información se encontraba repetida.

Una vez realizada esta lectura previa se seleccionaron la totalidad de 32 artículos, de los cuales 10 se encontraron en PubMed, 9 en Dialnet, 4 en Cinahl, 4 en Cuiden, 3 en Sociological Abstract y 2 en la base de datos Scielo.

Tras la selección y lectura de los artículos, se agruparán en diferentes unidades de análisis para facilitar la consulta, en función de las diferentes temáticas que plantean:

- Repercusión de la circuncisión genital femenina en las mujeres.
- Factores perpetuantes de la práctica.
- Puntos clave para el abordaje.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos de interés
PUBMED	("circumcision, female"[MeSH Terms] OR infibulation [Other Term]) AND "Women's Health"[Mesh Terms]	75	11
	((nursing [MeSH Terms]) OR primary prevention [MeSH Terms]) AND circumcision, female [MeSH Terms]	49	9
CUIDEN	([cla=Circuncisión] AND (([cla=Salud de la mujer] OR([cla=Cultura])))	5	4
CINAHL	(MM "Women's Health") AND ((MM "Circumcision, Female") OR (MM "Genitalia, Female"))	36	5
	(MM "Circumcision, Female") AND (MM "Culture")	7	1
Sociological abstract	(MAINSUBJECT.EXACT("Genital Mutilation") OR MAINSUBJECT.EXACT("Circumcision")) AND MAINSUBJECT.EXACT("Sexuality")	18	1
	MAINSUBJECT.EXACT("Genital Mutilation") AND (MAINSUBJECT.EXACT("Human Rights") OR MAINSUBJECT.EXACT("Womens Rights"))	21	2
DIALNET	Mutilación genital AND (salud de la mujer OR prevención)	36	10
SCIELO	TS=(mutilación genital) OR TS=(circuncisión)	18	2

Fuente: Elaboración propia

3. RESULTADOS

De los 32 artículos seleccionados: 17 de ellos corresponden a revisiones de la literatura, 2 a revisiones videográficas, 3 del total a ensayos, 8 a investigaciones cualitativas, y los dos restantes corresponden a una investigación cuantitativa y a una carta. A su vez se encuentran 17 en español y 15 en inglés. A continuación, se ha procedido a recoger los resultados de los artículos seleccionados.

3.1. Consecuencias/repercusiones en la mujer:

Las consecuencias que causa la CGF en las mujeres pueden afectar a diversos aspectos de su vida, desde la esfera física hasta la psicológica pasando por la sexual, obstétrica, etc.

3.1.1. Consecuencias físicas:

Los artículos consultados coinciden en las siguientes consecuencias físicas causadas por la CGF que se dividirán en: inmediatas, aparecen desde el momento del corte hasta 10 horas después, y medio-largo plazo, a partir de las 10 horas tras la intervención.

Tabla 2. Complicaciones inmediatas y a medio-largo plazo

Inmediatas	Medio-largo
Hemorragia	Anemia severa
Dolor	Cicatrización anormal
Retención urinaria	Infecciones genitourinarias
Shock	Síntomas del tracto inferior
Infección	Dismenorrea
Anemia aguda posthemorrágica	Fístulas vésico-vaginales/vésico-uretrales
Lesiones de tejidos periféricos	Infecciones pélvicas
Muerte	ETS
	Dolor crónico ^{5,25}
	Dismenorrea
	Estenosis del introito vaginal
	Esterilidad

Fuente: elaboración propia ^{4-5,8,10,23-30}

Las tres consecuencias más prevalentes son, la hemorragia, representando un 25% del total de las complicaciones, la infección, un 15% del total ²⁹, y la anemia posthemorrágica ^{10,25-26,29}.

3.1.2. Consecuencias psicológicas:

El contexto en el que se lleva a cabo, así como los posibles daños para la salud que pueden aparecer, pueden provocar secuelas psicológicas en las niñas que pasan por este

procedimiento. Por tanto, es frecuente, que aparezcan sentimientos como miedo, vergüenza, resignación, angustia, rabia e incluso anhedonia ^{8,4}. Estos sentimientos pueden darse de forma crónica, durante un periodo de tiempo o bien al recordar el procedimiento.

También puede aparecer el síndrome/trastorno de estrés postraumático (TEPT) ^{4,10,23,26-28,30-31} así como síntomas psiquiátricos, (depresión, ansiedad, fobia o estados de tristeza recurrentes). Varios de los artículos consultados ^{4,10,26,29} hacen referencia a un estudio a cargo de Behrendt y Moritz Bender, el cual demostró una mayor prevalencia de síntomas psiquiátricos en mujeres circuncidadas – 47.9% más-, con respecto a aquellas que no lo están, así como la prevalencia en mujeres circuncidadas de TEPT, correspondiendo a un 30.4%.

Todos estos sentimientos pueden somatizarse dando lugar a trastornos psicosomáticos ^{26,31}. Entre ellos los más frecuentes en este tipo de mujeres son: trastornos del sueño, el humor, la cognición y la alimentación. De estos últimos se destacan la ganancia de peso, la pérdida de peso y la pérdida de apetito ³¹⁻³². Los ataques de pánico y la dificultad para la concentración y el aprendizaje pueden aparecer fruto de la somatización.

Varias publicaciones ^{23-24,26} reportan el llamado “genitally focused anxiety depression” (síndrome de ansiedad/depresión enfocada genitalmente), que puede ser padecido por mujeres que han sido circuncidadas. Este síndrome consiste en trastornos de ansiedad y depresión focalizados en la zona genital. Se manifiesta como una constante preocupación por el estado de sus genitales y miedo a la infertilidad.

Según expertos, la realización de esta práctica, unido a todo lo mencionado anteriormente, conforma una personalidad dócil con comportamientos sumisos y de obediencia ^{10,23,26}.

Asimismo, la CGF puede provocar consecuencias secundarias en los hombres ^{10,33}. Son, por ejemplo, casos de alcoholismo, abuso de drogas o depresión debido a la incapacidad de tener relaciones sexuales, así como impotencia por miedo a producirle daño a su pareja sexual, pudiendo llegar a sufrir impotencia funcional ¹⁰. Algunos de ellos consideran que la práctica supone un reto para su masculinidad. Estos factores pueden conducirles a buscar satisfacción fuera de su pareja ³¹.

3.1.3. Consecuencias sobre la sexualidad:

La circuncisión en las mujeres puede influir en la vivencia de su sexualidad. En algunos casos repercute en la vida sexual de las mujeres, provocando la disminución del deseo sexual, dolor en la penetración o incluso trastornos en la excitación.

En ocasiones se produce una disfunción sexual, causa de la dispareunia, la sequedad vaginal o la falta de lubricación durante el coito^{10,25}. Todo ello se debe a las alteraciones estructurales que origina la circuncisión junto con la pérdida de elasticidad del tejido que puede apreciarse debido al tejido cicatrizal. Sumado a lo anterior, las posibles lesiones existentes en el área vulvar y la frigidez, pueden llevar a que la mujer padezca vaginismo^{23,26}.

También puede darse la aparición ocasional de tejido fibroso en la vagina que, junto con la pérdida de elasticidad del tejido vaginal, influirá negativamente en las relaciones sexuales¹⁰.

La circuncisión puede ocasionar disminución en el placer sexual de la mujer, dificultades para la excitación y frigidez, pueden darse casos de anorgasmia^{4,28}. Todo ello se debe a la extirpación de zonas erógenas importantes para el placer de la mujer²⁵⁻²⁶.

En este aspecto, algunos autores^{2,28,34} han hallado un déficit en planificación familiar en mujeres circuncidadas, en donde existe un déficit de conocimiento de los métodos anticonceptivos seguros y asequibles. Según el estudio realizado por Ballesteros Meseguer et al.³⁴ un grupo minoritario de mujeres utilizan métodos anticonceptivos -DIU y preservativos masculinos.

3.1.4. Consecuencias obstétricas:

En función de la bibliografía consultada se han dividido las consecuencias obstétricas en función del momento de la gestación al que afectan.

3.1.4.1. Embarazo:

Se ha confirmado un mayor número de infecciones durante el parto en mujeres circuncidadas debido al aumento de la vascularización de la zona genital, la relajación del músculo liso del perineo y la dificultad de expulsión de fluidos secundaria al dicha relajación^{10,26}.

En algunos casos se ha asociado la CGF con un aumento del riesgo de la infertilidad primaria, debido a la escisión de la zona genital y el aumento de riesgo

de infecciones. Esto puede llevar a que las infecciones asciendan por el útero y las trompas de Falopio ocasionando infertilidad. El riesgo se ve aumentado en las niñas prepúber ya que la protección contra infecciones es escasa debido al bajo nivel de estrógenos^{10,23,26}.

3.1.4.2. Parto:

El examen vaginal completo se hace imposible en mujeres con CGF tipo II y III, debido al tejido cicatrizal existente. Esto supone no poder evaluar el progreso del trabajo de parto^{10,31}.

La mayor incidencia de episotomías surge debido a la pérdida de elasticidad vaginal a causa de la cicatrización. En el caso de mujeres infibuladas puede ser necesario una desinfibulación previa²⁹. En este tipo de mujeres el trabajo de parto suele ser mucho más prolongado, lo que puede llevar a provocar desgarros perianales y/o fístulas obstétricas, debido a la gran presión que ejerce la cabeza del feto^{10,25-26,29}. Así mismo, también puede provocar una mayor incidencia de desgarros perianales y anales. Por tanto, las mujeres circuncidadas pueden sufrir mayor dolor durante el parto, a causa de las repercusiones que tiene la CGF²⁵.

Una mayor incidencia de cesáreas, así como hemorragia grave son otras de las repercusiones que tiene la CGF en embarazadas^{10,26}. En el caso de mujeres infibuladas la posibilidad de parto natural es inexistente, por lo que será necesario practicar una desinfibulación^{10,30}. La desinfibulación junto con la reinfibulación son procesos que se llevan a cabo cada vez que las mujeres dan a luz. Las consecuencias que esto conlleva son las mismas que una circuncisión primaria, sin embargo, este proceso constante de des y reinfibulación supone una mayor aparición de tejido cicatrizal, lo cual aumentará las complicaciones en partos próximos^{10,26,29}.

3.1.4.3. Puerperio

Ha sido demostrada una mayor probabilidad de hospitalización postparto, con respecto a mujeres no circuncidadas^{5,26,35}; mayor tasa de mortalidad materna junto con aumento de las hemorragias postparto debido a los desgarros y la atonía²⁶. También pueden aparecer hemorragias por atonía y retenciones urinarias²⁴.

3.1.4.4. Fetales:

Pueden darse obstrucciones en el canal del parto en casos de mujeres infibuladas, lo que provoca un aumento del trabajo del parto. Debido a la prolongación de los partos existe más riesgo de que los nonatos sufran asfixia perinatal^{10,26}. También se ha demostrado un aumento de la necesidad de reanimación neonatal. Todo ello puede repercutir en la calidad de vida del neonato, desde daños cerebrales hasta causar la muerte.

3.1.5. Consecuencias sociales:

La repercusión social que tiene esta práctica reside en la conformación de las sociedades en las que se practica. En ellas adquiere importancia el rito que supone el paso a la edad adulta, la conversión de niña en mujer. Por ello las niñas deciden someterse a esta práctica para así poder ser miembros respetables de su comunidad^{8,36}.

La responsabilidad social es tal que si la mujer no fuera circuncidada no sería reconocida como mujer y, por lo tanto, como futura esposa o como futura madre^{4-5,10,29}. Lo que supone que, si no se encuentran circuncidadas, podría serles negado el casamiento^{24,34}. Aquellas mujeres que deciden no ser circuncidadas pueden llegar a caer en el ostracismo social, pasan a ser excluidas, rechazadas socialmente, expulsadas de su comunidad^{10,23,34}.

3.2. Factores perpetuantes

La CGF es una práctica que en las sociedades en las que se lleva a cabo constituye un cuidado cultural. Este cuidado cultural se encuentra basado en seis factores perpetuantes. A continuación, se encuentran divididos en función de los factores influyentes que - basado en la teoría de Leininger- conforman la concepción del mundo en cada cultura y, a su vez, influyen en los cuidados y la salud²².

3.2.1. Factores socioculturales

Existen varias creencias en torno a la CGF y su función social. La más arraigada se basa en torno al significado del rito – paso a la edad adulta- permitiendo así que se convierta en una mujer respetable, fomentando la creación de un tejido social y reforzando su identidad cultural^{10,29}. Además, dentro del concepto del estatus social y el reconocimiento aparece, en algunos contextos, la importancia de que la mujer pase por la circuncisión, como prueba de su entereza y fuerza tras sufrir el dolor que implica el rito^{4,29}.

De entre los valores culturales que se le otorgan a esta práctica, el más importante, a nivel social, es el que considera la CGF como una purificación de la mujer²⁹.

Debido todo ello y a las consecuencias sociales que conlleva no realizar esta práctica -comentadas anteriormente- la CGF es considerada por los expertos como una forma de control social, así como un símbolo de identidad social para estas mujeres³⁷.

3.2.2. Factores económicos

Cabe mencionar el carácter económico que se encuentra intrínseco en esta práctica ya que, en la estructura económica que estas sociedades mantienen, las mujeres que practican la CGF a otras mujeres, conforman un sector económico. Estas mujeres, hacen de su profesión una forma de vida, recibiendo una remuneración económica, y adquiriendo así un estatus social, ya que se les otorga una posición de respeto en su comunidad ^{4,10}.

Según lo reportado por el estudio de Pastor Bravo et al.⁸, una mujer –que ejerce esta profesión- declara que lo realiza ya que es la única forma de trabajo que tiene desde hace quince años; así mismo narra la compensación económica que recibe por ello, la cual es establecida en función de la edad –a menor edad de la niña, menor es la compensación económica-.

3.2.3. Factores sexuales

La moral sexual no es universal, ya que se encuentra ligada a cada contexto social. Las virtudes morales en estas culturas son la castidad prematrimonial, así como la fidelidad marital³⁷. Por ello la CGF busca la fidelidad, la pureza, evitar la prostitución y/o las desviaciones sexuales ^{4,10}.

En este tipo de sociedades preservar la virginidad y el pudor sexual de las niñas es una cuestión moral. Es por esto que muchas comunidades abogan por practicar a las mujeres la circuncisión, ya que se encuentra fuertemente arraigada la creencia de que esta práctica reduce el deseo sexual de las mujeres evitando así su promiscuidad³⁷. Aparece así el ritual como una forma de control del deseo sexual de las mujeres, en donde se pretende conservar la castidad prematrimonial y evitar la infidelidad marital ^{8,10,26,37}. Todo ello va enlazado con la idea de que la circuncisión permite a las mujeres tener “autocontención” y estar más tranquilas -según testimonios recogidos-²⁶.

Con el procedimiento se intenta eliminar parte del tejido sensible de los genitales femeninos para así reducir o minimizar la respuesta sexual, aunque buscando el mantenimiento de la castidad y la disminución del deseo sexual³⁴. Se considera que si la mujer no siente placer dejará de sentir interés y no buscará la satisfacción fuera del

matrimonio. De esta forma se establece un método de control sobre la conducta moral de la mujer.

El honor familiar se encuentra altamente relacionado con la circuncisión femenina, ya que el mayor honor para una familia es la pureza de la mujer -en sentido sexual-. Esto se debe a la posibilidad de casamiento que se plantea a la mujer una vez se encuentra circuncidada, si no está cortada no podrá casarse y por tanto el honor de la familia será dañado²⁹.

Por otro lado, en algunas culturas se argumenta una de las ventajas de la CGF, que se refiere al aumento del placer sexual para los hombres, una vez se ha reducido el orificio vaginal, sobre todo en casos de CGF tipo II y III³⁷.

3.2.4. Factores religiosos

Muchas comunidades practicantes de la circuncisión femenina vinculan la práctica con la religión islámica. Sin embargo, miembros de diferentes religiones lo practican, ya que se han dado casos en comunidades cristianas, judías ortodoxas y animistas ^{4,10}.

Los defensores de las CGF consideran esta práctica un deber con respecto a la religión que practican. En este caso, referido a la religión islámica, muchos de los practicantes de la circuncisión femenina creen que no circuncidar a sus mujeres se encuentra sancionado por esta religión o simplemente, el no estarlo supone ser una mala practicante, ya que este procedimiento honra la religión³⁷.

Según reportan Varol et al. ³³, en un estudio realizado en Somalia, el 96% de los hombres creían que la CGF era un deber de la religión islámica. Esto se ve respaldado por los testimonios que varios hombres aportan en el estudio de Jiménez Ruiz¹⁰: *“nuestra religión dice que tenemos que hacerlo”, “una mujer que no hace esta práctica no puede practicar al cien por cien la religión”*.

En el estudio de Pastor Bravo et al.⁸ una de las mujeres – de origen egipcio- afirma que la circuncisión es parte de la Sunna -preceptos religiosos del profeta Mahoma-. Aunque no todos los practicantes de este rito creen que es un deber religioso, ya que, como menciona una mujer en el mismo artículo, *“no es algo religioso, sino tradicional, más bien”*

3.2.5. Factores de salud

Las culturas en las que se practica la CGF, creen en sus beneficios para la salud, o bien, como comentan algunos, no conocen realmente cuáles son sus repercusiones en las mujeres³⁰. Esto se refiere a que consideran que la mujer no circuncidada es una mujer sucia, no higiénica^{29,36}. En muchos casos se considera que desprenden un mal olor³⁷. En otros contextos sociales, las mujeres no circuncidadas debido a su falta de higiene pueden contaminar los alimentos y el agua^{10,26}.

En diferentes culturas la CGF se considera un factor protector para la salud de madre e hijo, ya que se considera que facilita el proceso del parto. Eso se encuentra basado en la creencia de que si la cabeza del niño tocara el clítoris durante el proceso del parto el niño podría morir. De la misma manera, algunas culturas consideran que podría el marido pudiera fallecer si tocara el órgano sexual femenino^{10,26,29,37-38}.

3.2.6. Factores Higiénico-estéticos

Por otro lado, muchas culturas consideran que la MGF es un proceso que implica belleza, en cuanto a una mejoría estética de la zona genital femenina, ya que los genitales femeninos naturales se presentan como feos, voluminosos o incluso anormales en este tipo de culturas^{4,10,29,36}.

Dependiendo del contexto, otra creencia es que el clítoris femenino se encuentra en continuo crecimiento y si no se extirpa crecerá hasta asemejarse al pene, impidiendo que las mujeres puedan concebir hijos, tapando el orificio de la vagina imposibilitando así la penetración^{4,29,38}. Por esta razón, la circuncisión femenina, supone proporcionar a la mujer la capacidad de ser fértil, así como su feminidad^{4,26,29}. Algunos artículos revisados^{4,26} reportan culturas en las que se sustenta la CGF -entre otras creencias- debido a que el crecimiento del clítoris impedirá a la mujer estar cómoda, debido a que le colgará entre las piernas.

3.3.Puntos clave para el abordaje

A continuación, se mostrarán algunos de los puntos clave encontrados en la bibliografía, para disminuir esta práctica y así, poder facilitar su abordaje.

3.3.1. Educación

En la revisión llevada a cabo por Andro et al.⁵, donde se compararon los resultados de los estudios estadísticos del DHS (Demographic and Health Surveys) y el MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys), se pudo concluir que el nivel educativo de las mujeres se

puede relacionar con la prevalencia de CGF, de forma que esta práctica es menos practicada por mujeres escolarizadas. Llegando a ser el riesgo de sufrir CGF, en algunos países – Egipto, Sierra Leona, Mauritania y Liberia - de tres a cinco veces menor en mujeres con mayor nivel educativo. También se puede asociar el mayor nivel socioeconómico con el menor riesgo de acceder a la práctica, excepto en aquellos países donde las grandes desigualdades no permiten establecer resultados claros- véase Gambia, Nigeria o Mali.

Según el artículo de Little²⁹, varios estudios coinciden en establecer una relación directa entre el nivel de conocimientos de la madre y el posicionamiento con respecto a la CGF. Cuanto mayor es el nivel de educación formal recibido, menos se apoya la CGF hacia sus hijas. Jiménez Ruiz, en su tesis¹⁰, refleja un estudio realizado por UNICEF en el cual se muestra como las mujeres con un menor nivel educativo se posicionan a favor de la CGF, con respecto a aquellas que recibieron educación secundaria.

A su vez, el estudio de Jimenez Ruiz et al.³⁹ confirma la existencia de la relación entre el nivel de estudios y la opinión sobre la CGF, donde se refleja que los hombres que académicamente se encontraban mejor cualificados preferían a mujeres no circuncidadas.

El artículo de Visandjee et al.⁴⁰, muestra su vez, los resultados del SERC (The Sexuality Education Resource Center), en el que las mujeres entrevistadas refieren no ser conscientes de que la CGF tuviera efectos negativos sobre la salud, no relacionando estos problemas con la ablación.

Por otro lado, los estudios recopilados en la revisión de Reig Alacazar et al.⁴¹, demuestran la importancia de los medios de comunicación para la difusión de la información sobre la ablación genital femenina y la sensibilización de la población. De esta manera, el estudio de Sonja Vogt et al.⁴² demostró los efectos de la sensibilización de la población a través de la reproducción de películas que trataban temas sobre los valores y el casamiento en relación con la CGF. En este estudio un 66.7-72.9% de la población espectadora realizó asociaciones positivas con respecto a las mujeres no circuncidadas.

Proporcionar información sobre las consecuencias de la CGF, así como los derechos humanos en relación con la práctica, se ha demostrado ha sido la herramienta más utilizada para la concienciación de la población³⁸. Además, se ha determinado que los documentales, charlas o representaciones que se encontraban dirigidos para la comunidad de forma general, deben ser complementados con estrategias más centradas en población

específica. De esta forma se podría conseguir eliminar la presión social entorno a esta práctica ³⁸.

3.3.2. Los hombres

El estudio de Jimenez Ruiz et al.³⁰ determinó que las consecuencias físicas a largo plazo no eran reconocidas por los hombres entrevistados, sin embargo, las consecuencias inmediatas eran reconocidas por los hombres que se encontraban en contra de la CGF. No obstante, ninguno de los hombres del estudio reconoció las complicaciones obstétricas que puede causar la ablación. De forma general se determinó que los hombres favorables a la CGF no eran conocedores de las consecuencias negativas para salud -en cualquiera de sus esferas- o no eran capaces de relacionar estos problemas con esta práctica.

De la misma forma otro estudio realizado sobre los puntos clave para la erradicación – Jiménez Ruiz et al.³⁹- ha evidenciado el desconocimiento de los hombres no sensibilizados en cuanto a los efectos negativos que puede causar la CGF para la salud de las mujeres.

En el estudio de Pastor Bravo et al.³⁸, se incluye la declaración de la presidenta de la Asociación Yumma África, que comenta la participación indirecta de los hombres. Esta declaración comenta como a pesar de ser considerada - la CGF - como un tema tabú, y que la decisión de ser realizada pertenece a las madres y/o abuelas de la familia, los hombres son quienes se encargan de perpetuar la práctica de forma indirecta, negándose al matrimonio con mujeres no circuncidadas.

La revisión llevada a cabo por Varol et al.³³, concluye que, aproximadamente el 96% de los hombres prefieren casarse con mujeres circuncidadas, pese a que -de ellos- el 90% son conscientes de las consecuencias que esta práctica conlleva.

3.3.3. Legislación

En la revisión realizada por Reig Alcazar et al.⁴¹, se demostró, según varios estudios, que la legislación vigente sobre la CGF favorece el cambio de actitud, de forma positiva, en población inmigrante. Sin embargo, esta legislación existente se declara como incompleta.

El estudio realizado por Jiménez Ruíz¹⁰ reveló que, pese a que algunos de los entrevistados estuvieron a favor de la prohibición actual existente, mediante leyes estatales para la CGF, prefieren otros medios de erradicación que sean menos represivos

y que sus efectos sea más eficaces a largo plazo. Al igual que en otro de sus estudios³⁹, en el que tratando de analizar la CGF desde el punto de vista de los hombres, los más sensibilizados conocían y apoyaban la legislación, aunque lo consideraban una herramienta complementaria, secundaria a la sensibilización, prefiriendo de igual manera otros métodos menos punitivos.

De la tesis de Pastor Bravo⁴ se recogen testimonios de mujeres inmigrantes residentes en España, las cuales están en contra de la CGF y encuentran la legislación -sobre la práctica- como un factor protector de ellas mismas y de sus hijas. Sin embargo, las mujeres del estudio que se encontraban a favor de la CGF se manifestaban en contra de la prohibición de la práctica.

3.4. Profesionales sanitarios y CGF

Realizando una comparación entre los estudios de García Aguado et al.⁴³ y González-Timoneda et al.⁴⁴, a sanitarios sobre el abordaje de la CGF- entre los cuales se encontraban, ginecólogos, matronas, pediatras y trabajadores sociales- se determinaron los siguientes resultados.

Según el primer estudio -García Aguado et al.⁴³- el 71.87% de los profesionales refirieron no haber recibido formación sobre la CGF, lo que se ve respaldado por el segundo estudio⁴⁴, en el que únicamente un 15% de los profesionales reconocieron haber recibido formación, de los cuales fueron las matronas quienes más recibieron-60% .

El estudio de García Aguado et al.⁴³, determinó que el 80% de los profesionales estudiados no sabrían distinguir los cuatro tipos de circuncisión femenina que existen. Un 48.2% no conocían las repercusiones, frente al 6.3% del segundo estudio⁴⁴, los cuales identificaron correctamente los tipos y los países de más prevalencia ^{43,44}.

Entre los profesionales sanitarios del primer estudio⁴³, un 26.36% del total habían atendido casos de ablación, sin embargo, el 48.27% habían ignorado la situación, y únicamente el 10.34% habían tratado esta situación mediante el dialogo con los padres de las respectivas niñas. Los porcentajes de desconocimiento sobre los protocolos existentes de detección y prevención por parte de estos profesionales ascienden por encima del 90% (95.45% y 92.72% respectivamente), en el segundo estudio⁴⁴ se revela que únicamente un 6.9% reconocen saber la existencia de un protocolo de actuación ^{43,44}.

Sin embargo, tanto el estudio realizado por Pastor Bravo⁴, y el realizado por Pastor-Bravo et al.²⁸ reflejan como las mujeres inmigrantes residentes en España, pese al temor y la vergüenza que sienten las mujeres circuncidadas al acudir a la consulta médica -en casos de revisiones ginecológicas y controles del embarazo- a causa de la posible reacción del profesional, todas ellas refieren un buen trato, así como buena atención e información con respecto a la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, estas mujeres narraron cuestiones de planificación familiar sin resolver, y nula información recibida sobre la cirugía de reconstrucción vaginal; escaso reconocimiento de la circuncisión durante exploraciones, así como déficit en el tratamiento.

3.4.1. Enfermería y la CGF

Debido a la atención que aporta enfermería desde atención primaria, se posiciona como pieza angular para el abordaje de esta práctica.

Sin embargo, al hacerse evidente la escasa efectividad de acción clínica con respecto a las mujeres que están en riesgo de pasar por este ritual, Jimenez Ruiz et al.²⁹, desarrollan en su estudio un diagnóstico enfermero – que actualmente se encuentra dentro de la taxonomía NANDA-I-: *Riesgo de Mutilación genital femenina*. Con este diagnóstico, dentro del lenguaje estandarizado enfermero, se pretende abordar de forma más eficiente este problema, así como mejorar el proceso de detección, permitiendo determinar sus factores de riesgo, la población en riesgo, etc. Además, esta propuesta permite situar a enfermería como pilar fundamental para la erradicación de esta práctica.

De la misma forma Jiménez Ruiz et al.²⁵ proponen un diagnóstico enfermero, para facilitar el abordaje de aquellas mujeres que han sufrido la CGF. El nombre del diagnóstico propuesto corresponde con “*Síndrome post mutilación genital femenina*”, que se encontraría dentro de la taxonomía NANDA-I, permitiendo mejorar la eficacia para su reconocimiento y el abordaje de las consecuencias para la salud.

4. DISCUSIÓN

4.1. Interpretación de los resultados:

4.1.1. Consecuencias para la mujer

4.1.1.1. Consecuencias físicas

Según los artículos revisados, la CGF puede tener numerosas consecuencias para la salud de la mujer en sus diferentes esferas: físicas, psicológicas, sexuales, obstétricas, y sociales. En cuanto a la salud física las más prevalentes son, como se ha mencionado anteriormente, la hemorragia, la infección y la anemia²⁹, las cuales, a su vez, atienden a una gran probabilidad de muerte como consecuencia secundaria. Según un estudio publicado por la OMS, entre 100 y 140 millones de niñas viven con las consecuencias actuales de la CGF⁴⁵.

Muchas de las consecuencias físicas que puede provocar la CGF se deben a las condiciones en las que se realiza, que se caracterizan por ser poco asépticas, con utensilios inadecuados -cuchillas, cristales, cuchillos-, en lugares poco aptos -cabañas, bosques, sobre la tierra- y realizado por personal no cualificado para ello, lo que puede conllevar en muchos casos graves enfermedades para la salud o incluso la muerte⁸. Además, según diferentes autores^{10,23,28} estas complicaciones pueden estar relacionadas con diversos factores, como son: la tipología de la mutilación (I, II, III o IV), las condiciones del procedimiento (asepsia, higiene ambiental, material usado...) y/o salud integral de la niña/mujer mutilada (presencia de enfermedades previas, inmunodeficiencias, nutrición, etc.).

No todas las mujeres circuncidadas son capaces de relacionar las repercusiones a medio-largo plazo, con la CGF, es decir, al no considerarlo una práctica perjudicial no lo relacionan con aquellos problemas de salud sufridos posteriormente. Han sido reportados testimonios de mujeres circuncidadas que declaran la normalidad del dolor, siendo este una afección diaria, no relacionándolo como una consecuencia perjudicial de la práctica⁴⁰.

4.1.1.2. Consecuencias psicológicas

Por otro lado, con respecto a las consecuencias psicológicas, varios autores^{4,10} refieren que la emigración de las mujeres probablemente acentúe esta sintomatología, debido a la diferencia del contexto sociocultural a la que se someten, siendo así conscientes de la no universalidad de la práctica; es por esto que algunas de estas mujeres inmigrantes pueden ser susceptibles de sufrir trastornos de la personalidad, conflictos internos de identidad y

problemas con respecto a la lealtad hacia su cultura ²⁴⁻²⁶. Consecuentemente pueden sentirse humilladas y sentir traición de su familia, lo cual podrá derivar en trastornos en los procesos familiares^{4, 24-25}. Sin embargo, la permanencia en su lugar de origen no es considerada como factor protector de las repercusiones psíquicas.

Añadido a lo anterior, Mulongo et al. ²⁷ refieren la influencia del contexto sociocultural en el que se desarrolla la mujer (sus creencias, su relación marital y sus sistemas de apoyo) sobre las consecuencias psicológicas que esta pueda sufrir.

4.1.1.3. Consecuencias sobre la sexualidad

En cuanto a las repercusiones sobre la sexualidad algunos autores³⁴ refieren que cualquier tipo de CGF interfiere en algún grado a la respuesta sexual de la mujer. Estas se podrían agrupar en: la disminución del disfrute en la vida sexual, pudiendo incapacitarlas, desarrollando fobias sexuales¹⁰; y el placer sexual, que se ve disminuido, pudiendo derivar en anorgasmia ^{4,28}. Sin embargo, este último es considerado como parte de la finalidad de la CGF, ya que el control de la sexualidad de las mujeres se encuentra implícito en esta práctica¹⁰.

Además, las complicaciones sexuales se verán agravadas en casos de infibulación o estenosis del introito vaginal, en los cuales, para poder practicar su primera relación sexual será necesario la realización de una incisión previa o desinfibulación, con sus respectivas consecuencias^{10,26}. Cabe mencionar, que las consecuencias sobre la sexualidad fueron las menos reportadas por los autores, lo cual puede deberse al tabú sexual establecido sobre las mujeres imperante en ese tipo de sociedades.

4.1.1.4. Complicaciones obstétricas

Con respecto a las complicaciones obstétricas, Jiménez Ruíz¹⁰ refiere como las indagaciones que han sido realizadas se desarrollaron en países industrializados con gran cantidad de recursos. Es por esto por lo que, algunos autores no afirman rotundamente la relación entre la CGF y las repercusiones obstétricas comentadas en los resultados. Un ejemplo de ello es el artículo de Ballesteros Mesenguer et al.³⁴, en el cual las mujeres entrevistadas al haber dado a luz en España no refirieron haber presentado problemas durante el embarazo y el parto.

La revisión aportada por Casajoana Guerrero et al.³¹, compara el estudio publicado por la OMS en ocho hospitales Africanos, en el que se refleja como las mujeres circuncidadas tuvieron un mayor riesgo de hemorragia post parto, ingreso hospitalario, episotomías,

muerte perinatal y reanimación neonatal; frente al estudio realizado por Wuest et al. en Suiza, en el que la única diferencia hallada entre las mujeres circuncidas y las que no lo estaban fue una mayor incidencia de desgarros de tercer grado (únicamente en CGF tipo III).

Por tanto, se puede establecer que las complicaciones obstétricas de la CGF están directamente relacionadas con el tipo de sistema sanitario establecido en cada país así como la disponibilidad de recursos y la mayor o menor accesibilidad ¹⁰, lo cual también puede ser aplicable para las complicaciones físicas.

Con respecto a las complicaciones de la CGF para el feto, varias publicaciones^{10,26,30-31} hacen referencia al estudio realizado por la OMS, en donde se demostró que la tasa de mortalidad neonatal en casos de mujeres con MGF tipo II y III se ve aumentada (22%). El estudio reportado por Muteshi et al.³² estima dos muertes perinatales por cada 100 alumbramientos a causa de la CGF. Sin embargo, según la recopilación bibliográfica que recoge Casajoana Guerrero et al.³¹, no se pudo relacionar la CGF con el bajo peso neonatal.

4.1.1.5. Consecuencias sociales

Las consecuencias sociales de la práctica -marginación social, exclusión de la vida pública, etc.- son tales que, autores como Jiménez Ruíz ¹⁰, clasifica la CGF como un factor protector social -dentro de estas comunidades- que como él mismo refiere, se encuentra amparado por la conformación de sus sociedades, es decir, por estructuras sociales patriarcales.

Para paliar los efectos que puede conllevar no ser circuncidada en este tipo de sociedades, Pastor Bravo et al. ³⁸ proponen la realización del rito de forma simbólica sin tener que realizar la ablación.

4.1.2. Factores perpetuantes:

La patologización del cuerpo femenino reside, tal y como menciona Pastor Bravo⁴ en su estudio en “la comparación del cuerpo femenino con el masculino [...] así como el papel exclusivamente reproductivo” ⁴. Todo ello condujo a “una práctica médica patriarcal y de poder de control” ⁴ que pretende “perpetuar la dominación y el poder masculino sobre el femenino” ⁴. Como reflexiona Pastor Bravo⁴, no hay justificaciones explícitas de la práctica si no que provienen de ella.

4.1.2.1. Factores socioculturales

Según algunos autores ³⁴ la presión social es el factor imperante a la hora de realizar la CGF, ya que en ocasiones es considerado como una tradición que forma parte de diferentes culturas.

La CGF es una práctica considerada en las comunidades en las que se practica como un rito tradicional que supone orgullo y belleza, honra a la familia, castidad, pureza, y determina la aceptación y pertenencia a una comunidad ²⁶. Así mismo, esta práctica forma parte del mecanismo de la herencia cultural de la comunidad ¹⁰.

Una de las máximas que supone la CGF es el paso de la infancia a la edad adulta, este rito consta de tres partes: separación, marginación y agregación. En la marginación, tras haber circuncidados sus genitales, se alecciona a las niñas con respecto a su futuro comportamiento y las normas de género. La última las etapas conforma la presentación en sociedad de la mujer, otorgándole así unos determinados roles de género, todo ello acompañado de un gran festejo⁴.

El paso de la niñez a la edad adulta se encuentra marcado por la pubertad, sin embargo, en muchos casos, la edad a la que se practica el ritual no coincide con la pubertad fisiológica. Es por esto que se conoce como pubertad social, la cual depende de las diferentes etnias y sexos. La edad a la que suele ser realizada se establece entorno a los 4 a 8 años, aunque puede darse desde los pocos meses de vida, y como edad máxima, entorno a los 14/15 años. Sin embargo, como refleja Jiménez Ruiz¹⁰, existe una tendencia actual por la cual se realiza la CGF a edades más tempranas.

Pastor Bravo⁴ refleja en sus tesis cómo esta tendencia a la circuncisión en edades tan tempranas puede ser consecuencia de la prohibición legislativa existente, para evitar que sean detectadas; así como para evitar la resistencia de las niñas al procedimiento. Según varios estudios^{4,34}, la CGF puede también verse adelantada para que las niñas no recuerden nada del procedimiento.

La presión social que rodea esta práctica no afecta únicamente a las mujeres ya que, según varios artículos consultados, la sensación de presión social desde la perspectiva de los padres es tal, que la consideran como una barrera para el abandono de práctica. El rechazo y la humillación social, tanto hacia las niñas y sus padres, así como hacia la familia en su totalidad ^{30,33}.

4.1.2.2. Factores económicos

Autores como Pastor Bravo^{4,34} fundamentan como un factor perpetuante el posicionamiento -con respecto a la CGF- de las mujeres que realizan esta práctica a sus iguales, esto es debido al estatus social que alcanzan, lo que hace que continúen practicándola y, a pesar de encontrarse legalizada, esta misma sea apoyada y legitimada por ellas.

Asimismo, como muestra el estudio de Jiménez Ruiz¹⁰, los participantes mostraron una preocupación en lo que respecta a la repercusión de la erradicación de la CGF en relación con la economía. Según estos participantes, el mayor rendimiento y gasto de los sistemas sanitarios, que puede suponer que se considere la CGF como un factor que promueve la incapacidad de las mujeres y la mala salud, podría afectar de forma local a la economía de sus comunidades.

El fundamento de la repercusión económica que podría suponer la abolición de la práctica se basa en tres pilares. El primero es el gasto que se produce a la hora de la celebración de esta tradición – regalos, comida ornamentación, etc.-, siendo así los beneficiarios los comerciantes de la comunidad y las figuras religiosas que ofician la ceremonia. El segundo es el patrimonio adquirido a través del casamiento- que no se podría realizar si la mujer no se encontrara circuncidada-, dentro del cual se incluyen las tierras que futuramente se trabajarán; y, por último, el sector económico que existe gracias a la CGF, en el cual las mujeres que lo practican reciben una remuneración por ello- desde dinero hasta ropa, alimentos u otros regalos-¹⁰.

Este factor económico se encuentra, por tanto, ligado a los factores socioculturales ya que, si la mujer no es circuncidada, no podrá casarse y por ende no recibirá tierras ni acceso a ningún tipo de patrimonio⁴.

4.1.2.3. Factores sexuales

Uno de los principios que mantienen a flote la CGF es la represión sexual de las mujeres. Evitar el deseo y el placer sexual de forma que la mujer alcance el vínculo matrimonial siendo virgen, y evitando así futuras infidelidades dentro del matrimonio. Esto se debe a la creencia de que las mujeres poseen un deseo sexual mayor que el hombre y más voráz¹⁰. Esta voracidad la respaldan los propios hombres de la comunidad, como queda reflejado en la tesis de Jiménez Ruiz¹⁰, “[...] Si no está hecha esta práctica el hombre se puede quedar satisfecho pero la mujer no”- testimonio de uno de los hombres participantes del

estudio-. Sin embargo, se ha demostrado que la CGF no garantiza ninguna de estas dos premisas³⁴.

Añadido a esto, según el estudio llevado a cabo por Ballesteros Meseguer et al.³⁴, la edad del primer coito no coincide con la del matrimonio. Esto se ve refutado por Pastor Bravo⁴, que en su estudio determinó un alto porcentaje de mujeres que practicaron sexo prematrimonial, y de entre ellas, una gran parte, correspondía a mujeres circuncidadas.

Por otro lado, es preciso mencionar que según algunos autores^{4,10}, la CGF busca la disminución del deseo sexual en las mujeres, con la intención de preservar los matrimonios polígamos. De esta forma los maridos podrían satisfacer el deseo de todas las mujeres por igual. Sin embargo, en función de lo que comenta Jiménez Ruiz¹⁰, lo que es considerado como un factor protector de la poligamia, es un acto de opresión de las mujeres y segregación sexual¹⁰. Asimismo, las mujeres son entendidas como un objeto pasivo subordinado a los actos masculinos.

4.1.2.4. Factores religiosos

En los países industrializados existe la creencia de que la CGF es una doctrina del Islam sin embargo, esta práctica también se da en otras religiones²⁶.

La práctica de la CGF es anterior al Islam y al Cristianismo, y no se ha demostrado una relación directa entre la A/MGF y las religiones mayoritarias^{10,26}. Otros muchos autores sostienen esto, ya que la CGF no aparece en ningún texto de la Biblia ni del Corán²⁹. Esto, según reporta Pastor Bravo⁴, se ve refutado por la doctora y psiquiatra egipcia, Nawal el Saadawi, declarando la CGF como una tradición “esclavista y universal”, la cual no guarda relación con ningún tipo de raza, grupo étnico o religión.

Si bien es cierto que en ciertas culturas islámicas esta práctica ha adquirido una faceta religiosa¹⁰, las argumentaciones encontradas, desde el islamismo, se basan en lo que es conocido como *hadices* (relatos de profetas del Islam), los cuales permiten una mejor interpretación de ciertas doctrinas del Corán. Según Sunan Abu Dawud, en el hadiz 5251, dijo el profeta Muhammad, a una mujer en Medina que practicaba la circuncisión a otra: “No cortes severamente, ya que eso es mejor para una mujer y más deseable para un esposo”.

Pese a que este hadiz no ha podido ser autenticado, la interpretación de los hadices queda a cargo de los líderes religiosos, en este caso hombres, lo cual según Pastor Bravo⁴, podría

influir en la interpretación, para de esta manera, perpetuar la hegemonía del poder patriarcal sobre el cuerpo de las mujeres. De la misma manera, aunque este hadiz fuera verídico, solo contempla la forma más leve de CGF no todas ellas¹⁰. Según reportan ciertas publicaciones^{10,29}, algunas escuelas islámicas, entre ellas la *Malikî*, se han encargado de desmentirlo, considerando alguna de ellas, como algo recomendable, aunque no obligatorio.

Añadido a esto, mencionar la Primera conferencia Islámica para la Infancia en el Rabat – 2005- en donde esta práctica fue condenada tachándose de islámica^{10,26}.

Sin embargo, según reportan Varol et al.³³, los hombres se encontraban más a favor de la CGF si ésta se encontraba como precepto religioso. Por esto, se hace esencial un trabajo en conjunto con los líderes religiosos de cada comunidad para la sensibilización de la población. Este tipo de figuras tradicionales y religiosas son muy respetables en sus comunidades y por lo tanto suponen una pieza clave en el camino hacia la finalización de esta tradición³⁸.

4.1.2.5. Factores de la salud

Con respecto a los factores de la salud, se han demostrado las consecuencias perjudiciales para la salud de las mujeres (Ver Anexo I), si bien es cierto que las culturas que mantienen los beneficios de esta práctica, no serán conocedoras de ellas.

Como se ha visto anteriormente, la CGF no facilita el parto, sino que provoca el aumento del trabajo de parto y se ha podido relacionar con el aumento de la muerte perinatal.

Sin embargo, se ha visto demostrado, como en estas comunidades la práctica de la CGF se considera como un cuidado, como un factor protector para la salud de las mujeres, justificándose a través de factores de la salud¹⁰. Esto es quizás debido a la escasez de conocimientos que existen en torno a ella o bien a la incapacidad de relacionar las repercusiones con dicha práctica.

4.1.2.6. Factores higiénico-estéticos

Con lo que respecta a las creencias higiénico-estéticas, el clítoris, como ya se ha mencionado anteriormente, se considera feo, voluminoso e incluso maloliente, aunque la limpieza de los genitales femeninos no depende de la circuncisión. En ciertas culturas que llevan a cabo esta práctica el clítoris representa la parte masculina de una mujer y, como

menciona Jiménez Ruiz¹⁰ en su tesis, se intenta subsanar el error natural a través de la circuncisión.

Cabe destacar que, debido a que la circuncisión -en este tipo de contextos- es realizada tanto a hombres como a mujeres, se normaliza y se comprende, extrapolando de esta manera por completo el significado primario por el que se realiza la CGF. Se convierte por tanto en otro factor que perpetúa la práctica¹⁰.

Por último, mencionar que autores como Pastor Bravo⁴, consideran que, tras todo el conjunto de los factores justificantes, se encuentra un interés por mantener la situación de la dominación del hombre sobre la mujer, estableciendo en ella unos roles determinados de su género.

4.1.3. Puntos clave para el abordaje

4.1.3.1. Educación:

Esto se ve refutado por la tesis de Jiménez Ruíz¹⁰ en la que los hombres entrevistados -contrarios a la CGF- refieren haber sido educados en sus colegios, o a través de talleres o videos, sobre las repercusiones de la CGF, evitando de esta manera, según ellos mismos, que más niñas y mujeres sigan perdiendo su vida o su salud debido a esta práctica.

A pesar de la relación establecida anteriormente con respecto al nivel de educación y el posicionamiento -a favor o en contra- de la CGF, Pastor Bravo⁴, refleja en su estudio testimonios de mujeres que denunciaron la escasez de información o la falta de veracidad que les fue aportada en sus respectivos colegios cuando fueron educadas, ya que -desde su experiencia- esta información se encontraba manipulada y posicionada a favor de la CGF. A pesar de ello, parte de las entrevistadas declaran que actualmente se posicionan en contra de esta práctica gracias a la información recibida a través de medios como la televisión, la lectura o gracias a compartir sus experiencias sobre las complicaciones con otras mujeres.

Además, se plantea el engaño a las mujeres sobre lo que supone la CGF de forma general, demostrándolo en un testimonio aportado por el estudio de Pastor Bravo et al.⁴: “No me di cuenta de lo que me iba a pasar hasta que me sentaron en la mesa de la concina de mi abuela”⁸. Otras publicaciones, recogen testimonios de mujeres que afirman el tabú de esta práctica “no se habla, es un tema muy delicado”⁴.

Por todo ello, la educación se conforma como punto de partida en la eliminación de la CGF. La falta de información sobre la CGF que existe de forma generalizada en la población que se somete a ella, ya que las mujeres que poseen una mayor información sobre esta práctica y sus repercusiones se muestran reacias a practicarla³⁸.

Según el estudio de Ismael Jiménez Ruiz¹⁰:

“Sensibilizar fomenta el reconocimiento de las complicaciones y patologías asociadas a la realización de la práctica, suponiendo un extraordinario instrumento para facilitar el paulatino abandono de la A/MGF”¹⁰

En el estudio de Pastor Bravo et al.³⁸ se consolidaron como herramienta eficaz, en lo que respecta a la sensibilización, los testimonios de mujeres africanas que han pasado por el ritual de la circuncisión, y, en concreto, de aquellas que fueron testigo de consecuencias negativas para la salud vinculadas a la práctica, ya que así se rompería el tabú en torno a esta práctica, se compartirían experiencias, y las mujeres se hacen conscientes de la realidad de la CGF⁴. Ya que, como comenta Casilda Velasco, en este mismo artículo:

“Son mujeres que han hecho su proceso de cambio. Son mujeres que, en muchos casos, han sido mutiladas y no han mutilado a sus hijas y son las que son creíbles para poder luchar contra la MGF”⁴

En adición a lo anterior, Sonja et al.⁴² establecen que el entretenimiento se dispone como mejor herramienta para la sensibilización y educación de la población, a través de documentales, películas, etc.

Autores como Ismael Jiménez Ruiz, proponen en sus estudios^{10,39} la focalización en las áreas rurales ya que, debido a su aislamiento e incomunicación, la información que reciben sobre este tipo de prácticas es menor y por tanto, continúan perpetuándose.

Por otro lado, la educación no solo se basa en hacer a estas mujeres conocedoras de cuál es realmente el proceso de la CGF y sus consecuencias. Debido a la base que tiene esta práctica, que reside en la desigualdad de género y las sociedades androcéntricas y patriarcales en las que se da, es necesario el empoderamiento de las mujeres y niñas, mediante la educación, el cual se podría considerar otro factor clave para la erradicación¹⁰. Refutando todo ello, un estudio recogido por Muteshi et al.³², confirma que el empoderamiento de la comunidad a través de la educación es el medio que más efecto tuvo para la disminución de la práctica.

4.1.3.2. Los hombres

El análisis bibliográfico de Pastor Bravo et al. revela que los hombres podrían ser, por tanto, una pieza clave para la erradicación de la CGF³⁸. Según testimonios documentados en este estudio, las mujeres —en este caso africanas- refieren sentirse presionadas por las figuras masculinas de su comunidad con respecto a la circuncisión femenina.

Jiménez Ruiz, tras su investigación sobre la influencia de los hombres en la CGF¹⁰, aboga su inclusión en el abordaje de la práctica, promoviendo la educación y la concienciación mediante el diálogo. En este estudio se presenta la diferencia entre un hombre sensibilizado -que aboga por la educación sexual como medio para la erradicación. frente a otro que refiere defender la práctica, ya que, en su opinión, no cree que la CGF suponga ninguna consecuencia contraproducente para las mujeres.

La sensibilización puede fomentar el cambio de posicionamiento por parte de los hombres que, según algunos de los estudiados, saber que sus hijas podrían morir o sufrir esas consecuencias haría replantearse el llevar a cabo este procedimiento³⁰. Jiménez Ruiz et al³⁰ refieren la reducción significativa de las opiniones a favor de la CGF a través de programas de educación sanitaria focalizados hacia los hombres. Todo ello se ve refutado por la tesis de Jiménez Ruíz¹⁰ en la que los hombres entrevistados -contrarios a la CGF- refieren haber sido educados en sus colegios, o a través de talleres o videos, sobre las repercusiones de la CGF, evitando de esta manera, según ellos mismos, que más niñas y mujeres sigan perdiendo su vida o su salud debido a esta práctica.

La sensibilización y la educación de los hombres se ha visto directamente relacionada con el posicionamiento entrone a la CGF. Según la revisión realizada por Varol et al., la educación, la menor edad, el mayor grado de conocimiento sobre las complicaciones y la influencia de la migración hacen que los hombres se encuentren más favorables a cesar con esta práctica³³, lo que concuerda con el estudio aportado por Jiménez Ruiz et al., en el cual se determina que los hombres con mayor nivel educativo prefieren mujeres no circuncidadas³⁹.

Todo ello enmarca a los hombres en una posición en la que adquieren un rol de perpetuación de forma indirecta, aunque efectiva.

Por tanto, es destacable la importancia de la sensibilización de los hombres para con esta causa, a través de la educación y el pensamiento crítico³⁹.

Es necesario destacar también la importancia que adquiere el establecimiento de la comunicación entre hombres y mujeres sobre este tema ya que, al ser considerado como un tema tabú, muchos hombres no dan su opinión, cuando en algunos casos podrían encontrarse posicionados a favor de acabar con este rito ³³.

4.1.3.3. Legislación

Las mujeres incluidas en el estudio de Pastor Bravo⁴ declararon, que si para abolir la CGF, se utilizara exclusivamente la legislación vigente, muchos inmigrantes podrían entender esto como una ofensa hacia su cultura, reafirmando así su posición favorable hacia la esta práctica.

Jiménez Ruiz, plantea esta cuestión en su tesis¹⁰, en donde reflexiona sobre las medidas punitivas carentes de medidas sensibilizadoras y de empoderamiento de forma complementaria. En esta reflexión se cuestiona la creación de un efecto rebote, si únicamente se utilizan medios sancionatorios.

Trabajos como el de Vissandjée et al. refieren cómo varios autores convergen en la idea de que el aumento de las medidas legislativas sancionadoras incrementa el número de circuncisiones clandestinas que son llevadas a cabo, así como las condiciones perjudiciales en las que son realizadas ⁴⁰.

Añadido a esto, el trabajo de Reig Alcaraz et al., ha demostrado que la legislación vigente entrono a esta práctica es insuficiente y se encuentra incompleta. Además, pocas leyes presentan las medidas de protección exactas para las niñas que se encuentran en riesgo o un plan estratégico específico de medidas para la prevención en las comunidades en las que más se da ⁴¹.

Destacar por tanto que el abordaje se debe realizar desde un trabajo multidisciplinar, que no solo cubra el aspecto legal, sino también trabajando con profesionales sanitarios y sociales, así como líderes políticos y religiosos ³⁸⁻³⁹.

Cabe mencionar el hecho de que, en España, a pesar de la ilegalidad de la práctica, se dan escasos enjuiciamientos por la escasez de pruebas y las dificultades para la detección de los casos ⁴.

4.1.4. Profesionales sanitarios y CGF

Como herramienta preventiva aparece no solo la legislación si no la figura de los profesionales de la salud. Al encontrarse ellos -especialmente los que conforman al sector

de atención primaria (AP)- en posición muy cercana para atender este tipo de casos, están en su deber de saber cómo actuar en tales casos.

Estudios realizados como los de González-Timoneda et al.⁴⁴ y García Aguado et al.⁴³ reflejan el amplio grado de desconocimientos de los profesionales sanitarios a cerca de la circuncisión femenina. Según González-Timoneda et al.⁴⁴ enfermería, es la disciplina sanitaria que menos formación recibe sobre la CGF, únicamente un 13% de las enfermeras/os del estudio reconoció haber recibido algún tipo de formación sobre esta práctica. Asimismo, este autor, reflexiona sobre el posible número de casos no detectados debido al desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios⁴⁴. Por tanto, la necesidad de formación a estos profesionales es una realidad, así como la creación de protocolos y guías de actuación eficaces⁴³.

Autores como Martínez García et al., ante esta situación de desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios, proponen un programa educativo dirigido a los profesionales⁴⁷. Este programa persigue fomentar las habilidades comunicativas de los profesionales, aumentar los conocimientos sobre la CGF, así como realizar intervenciones eficaces tanto de actuación como de prevención.

Por otro lado, ha sido demostrado que la dificultad en la comunicación intercultural -entre profesional y paciente- supone una barrera para el acceso a los sistemas sanitarios por parte de las mujeres y hombres inmigrantes⁴⁰. Por ello, Pastor-Bravo et al.³⁸ proponen como futura herramienta facilitadora para el abordaje de esta práctica, la figura de la mediadora intercultural. De manera general la mediación intercultural aparece de forma que se intente cubrir las necesidades que se refieren a la diferencia de lenguaje y cultura, de forma que así las personas inmigrantes puedan acceder a los servicios públicos de calidad. En este caso, la figura realizaría la función de hablar con las familias que residiendo en España son susceptibles de poder ser circuncidadas, realizando una función preventiva para que eviten la perpetuación de esta práctica.

Debido a la legislación existente en España y el protocolo nacional sobre CGF^{18,20}, los profesionales sanitarios tienen el deber a reportar los casos, o posibles casos de CGF, a las autoridades. Sin embargo, este procedimiento, podría adquirir un efecto contraproducente, provocando el miedo a las visitas médicas y dejando de acudir a ellas, o incluso llegando a evitar pedir auxilio sanitario en casos de complicaciones graves. Esto

aparece expresado por algunas mujeres en el estudio de Pastor Bravo, donde refieren que si no vas al médico no te arriesgas a que te denuncien ⁴.

En la entrevista a María Vizcaino⁴⁶ -facultativo experto, miembro de la comisión de seguimiento de actuación sanitaria ante la MGF de la Comunidad de Valencia-, ésta hace referencia a cómo viven las mujeres que un profesional sanitario les pregunte directamente sobre su condición de circuncidas. En este texto narra la primera fase de negación por la que pasan estas mujeres, y que, sin embargo, a través de un abordaje gradual, terminan aceptándolo, lo que permite de esta manera tratar las complicaciones que puedan estar sufriendo y abordar sus casos de forma personalizada⁴⁶.

“Se les ofrece información y somos capaces de transmitirles que nuestro objetivo, lejos de fiscalizarla, es ayudarlas y prestarles la atención integral que puedan necesitar” ⁴⁶

Por otro lado, se hace imprescindible una visión transcultural de los cuidados, en donde los profesionales sanitarios tengan en cuenta y respeten la cultura de las pacientes, ya que, como menciona Little²⁹, pueden darse casos en los que una mujer puede ser rechazada por su comunidad si es atendida por un hombre, al haber enseñado su cuerpo a otro hombre que no fuera su marido. Este tipo de visión transcultural de los cuidados implica que el profesional que atienda a este tipo de mujeres debe ser consciente de sus sentimientos hacia esta práctica y dejarlos a un lado, aceptando que en esa cultura la circuncisión es un acto común, bien aceptado, para así ser capaz de proporcionar a estas mujeres cuidados culturalmente competentes ²⁹.

4.1.4.1. Enfermería y la CGF

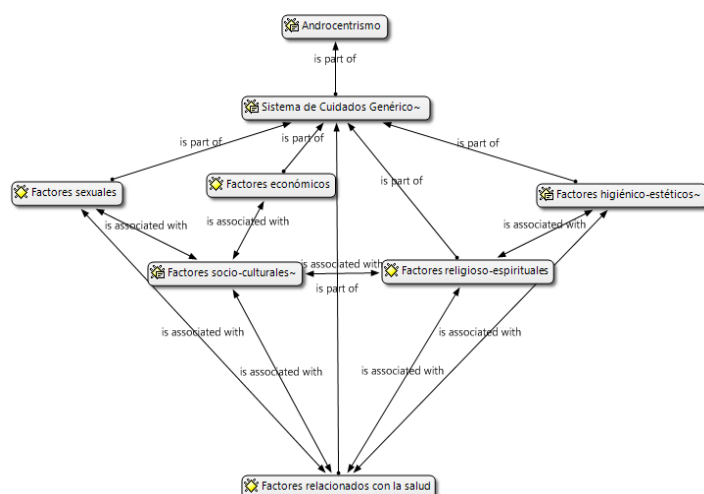
Para facilitar y mejorar el abordaje enfermero de esta práctica, Jiménez Ruiz y Almansa Martínez^{10,48}, abogan por la integración y adaptación del modelo del sol naciente para con esta la CGF de forma que sirva como herramienta para la valoración e indagación de los factores perpetuantes de la misma. A través de esto, y entendiendo la práctica como un cuidado cultural, los autores refieren que se podría llevar a cabo un mejor abordaje de esta, así como una mejor prevención y planificación de las intervenciones enfermeras más adecuadas para esta población. Esta práctica debe ser entendida como un cuidado cultural desde la concepción de la CGF como un cuidado proporcionado en un contexto determinado que se anticipa a las necesidades de los individuos, de la mujer y la sociedad

⁴⁸.

Como refiere Jiménez Ruiz en su tesis, la enfermería transcultural es una teoría muy adecuada para el abordaje y entendimiento de esta práctica ya que promueve el conocimiento y el respeto a las diferentes culturas ¹⁰. A continuación, se reflejará la propuesta realizada en su estudio sobre la adaptación de la CGF al modelo del sol naciente. Esta adaptación sigue la estructura primordial propuesta por Leininger en la que se traza un mapa conceptual donde aparecen dos mitades esféricas. (Ver Anexo III)

La primera corresponde al nivel I, que es el nivel de mayor abstracción, en el que aparecen los factores que influyen en la perpetuación, y mantenimiento de esta práctica, en los cuidados y la salud por medio del contexto del lenguaje, la etnohistoria y el entorno ²². Todos estos factores conforman una Sistema de Cuidados Genéricos, que en este modelo se entienden desde la perspectiva del cuidado cultural enmarcado en una sociedad androcéntrica y heteropatriarcal, que presupone la CGF como un cuidado femenino que persigue proteger la salud física, social, sexual y reproductiva de la mujer ¹⁰. Esta perspectiva es integrada ya que las comunidades realizan esta práctica con el fin de proteger a sus mujeres, evitando todas las consecuencias que supone no estar circuncidadas, que han sido citadas, como son: el ostracismo social, la imposibilidad el casamiento, evitando la muerte de los niños o los cónyuges a causa del clítoris, etc. A continuación, se reporta el siguiente diagrama incluido en el trabajo de Jiménez Ruíz¹⁰ para mostrar la interrelación de los factores:

Figura 3: A/MGF como sistema de cuidados genéricos ¹⁰



La segunda mitad, se ve dividida en los siguientes tres niveles. El nivel dos, corresponde a aquellas personas individuales, familias, grupos, comunidades, etc., que entienden esta

práctica como cuidado cultural, que en este caso significaría una protección de las mujeres y de la cohesión social ¹⁰.

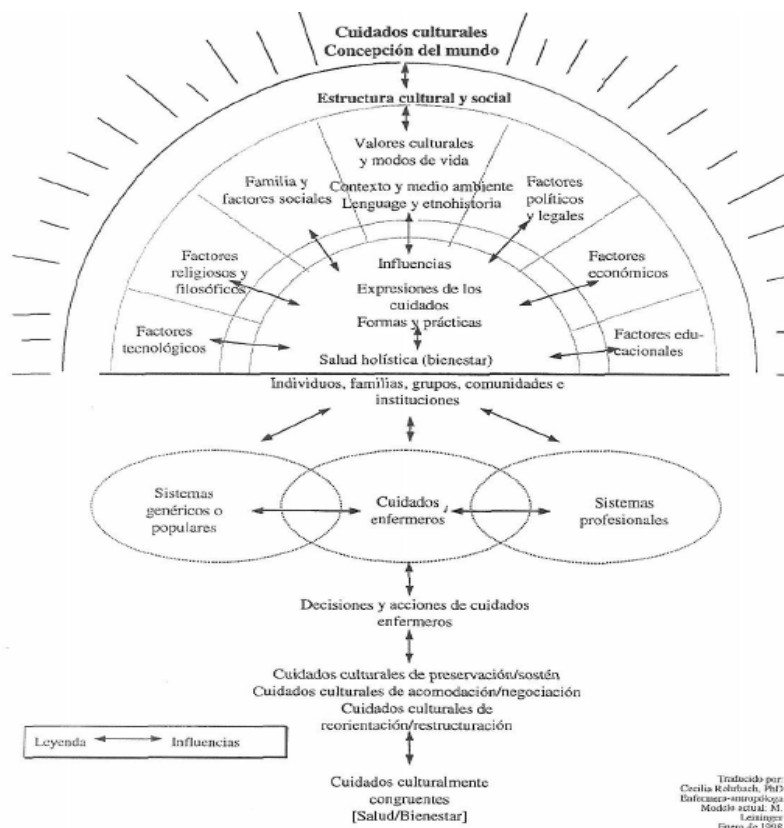
El tercer nivel muestra los cuidados populares o genéricos llevados a cabo en cada comunidad, así como los cuidados profesionales, es decir, aquellos más universales. En este tercer nivel aparece la enfermería que funciona, según Leininger, como puente entre ambos cuidados, ofreciendo una visión de los cuidados transcultural ²².

El cuarto nivel representa los tres tipos de cuidados enfermeros entendidos desde la enfermería transcultural – preservación, adaptación y reorientación. Sin embargo, Jiménez Ruiz, aboga por una reestructuración o reorientación de los cuidados culturales a través de la desmitificación de los factores perpetuantes o justificadores y la sensibilización a través de los factores obstaculizadores – consecuencias negativas para las mujeres-, para conseguir así unos cuidados competentes con la cultura, la dignidad y la salud de las mujeres y niñas ¹⁰.

A través de esta teoría, la interpretación de la CGF se lleva a cabo como un cuidado cultural, lo que permitiría, aplicado a la enfermería, gestionar este tipo de cuidados culturales a través de intervenciones para evitar la práctica o bien abordar y tratar las consecuencias que ésta puede conllevar estableciendo una serie de intervenciones en favor de la salud a la mujer y un diálogo culturalmente congruente y efectivo ¹⁰.

A continuación, se reporta el diagrama de flujo que muestra el estudio de Jiménez Ruiz¹⁰ para representar el modelo del Sol Naciente propuesto por Leininger.

Figura 4: Modelo del Sol Naciente de Madeline Leininger¹⁰



4.2. Cuestiones éticas

La CGF es una práctica que pone en duda los límites éticos de las sociedades occidentales. Es por ello que, a continuación, y según la bibliografía consultada se mostrarán dos de los dilemas más relevantes que se cuestionan con respecto a la práctica.

4.2.1. Medicalización

Algunos autores reflexionan sobre la adecuación de la medicalización de la práctica con el fin de reducir el número de muertes, así como el cuestionamiento de la legitimidad moral de que un sistema sanitario -y por consiguiente gubernamental- promueva una práctica que atente contra los derechos humanos de las mujeres y de las niñas.

La medicalización de la CGF como solución para evitar las consecuencias dañinas derivadas de la misma, pasa por ser considerando -para algunos autores- como una cirugía más. Esto supondría una disminución de los efectos negativos de la misma, los cuales derivan -en la mayoría de los casos- de la escasez de conocimientos de los practicantes o de las condiciones poco sépticas en las que se realiza. Frente a ello autores como Pastor

Bravo et.²⁸ al defienden como única solución la erradicación de la práctica, sin aceptar como medida la mejora de las condiciones en las que se practica.

Los puntos positivos que podrían sintetizarse de ello son, la menor incidencia de muertes a causa de la CGF y la regulación de la práctica mediante leyes nacionales. La necesidad de firmar un consentimiento informado aparecería de la mano de la medicalización de la práctica, ya que se plantea si realmente la mujer que nace en un contexto sociocultural en el que se esta práctica se lleva a cabo es realmente libre de tomar esta decisión y plenamente consciente de lo que puede conllevar la realización de ésta para su cuerpo ⁴⁹, así como la edad a la que se les realiza, siendo menores de edad – entre los 4 y los 16 años- y por tanto ,tomando una serie de decisiones que en este caso no les corresponde por su edad.

Sin embargo, autores como Pastor Bravo⁴ contraponen la legitimación que esto supondría. Si medicamente y, por ende, gubernamentalmente, se acepta la CGF, ésta se legitima. La problemática planteada de la legitimación de la práctica reside en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas, y la perpetuación de esta práctica cuyos fines residen en la imposición de un género, el masculino, sobre otro, el femenino. Así mismo, si la CGF es llevada a cabo por el sector médico, este se encontraría vulnerando los cuatro principios biomédicos sobre los que se fundamenta, que son: principio de autonomía, principio de beneficencia, principio de no maleficencia y principio de justicia. Pastor Bravo⁴ afirma la completa violación -excepcionalmente de los principios de beneficencia y de no maleficencia- de los mismos que supone la práctica de la CGF, ya que -según comenta- no se obtiene ningún resultado beneficioso de la misma y atenta contra la promoción del bienestar y la integridad física de los pacientes. Siguiendo esta misma línea de pensamiento el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) se opone rotundamente a cualquier movimiento en pro a la medicalización, ya que, entienden que la misma perpetúa una forma más de violencia contra las mujeres ^{4,10}.

4.2.2. Cirugías estéticas

Autores como La Barbera²¹ y Yahyaoui Krivenko³⁶, plantean el razonable parecido entre la CGF y las cirugías estéticas que en occidente son llevadas a cabo sobre los genitales femeninos y que tanto social como medicamente se encuentran aceptadas. Dentro de estas cirugías encontramos la eliminación de la capucha del clítoris, la reducción del tamaño de los labios vaginales, y el estrechamiento vaginal.

Según estos autores^{21,36} estas cirugías se encuentran más demandadas en los mismos países en los que las campañas contra la CGF y la criminalización de esta están de actualidad. Por ello, remarcan la doble ética o moral que muestran este tipo de culturas criminalizando ciertos tipos de prácticas, ajenas a sus culturas, tachándolas de violentas o de contrarias a los derechos humanos, cuando en su zona de origen la cirugía sobre los genitales femeninos para embellecerlos está permitida y socialmente aceptada. Sus argumentaciones están basadas en los paralelismos que encuentran entre ambos tipos de modificaciones sobre los genitales – la CGF y las cirugías estéticas- como pueden ser la finalidad de un mayor reconocimiento social o de mejorar la satisfacción sexual de la pareja. Ambas prácticas comparten consecuencias físicas, las cuales terminan siendo las que cualquier cirugía podría suponer-hemorragias, infecciones, etc.- ^{21,36}.

Para algunos autores^{21,36} la marcada diferencia entre la CGF y las prácticas estéticas es el contexto sociocultural en el que ambas se dan. Se tiene en cuenta la estructura androcéntrica y patriarcal de las comunidades en las que la CGF se practica más. Sin embargo ¿por qué se realizan las modificaciones estéticas en occidente sobre los genitales femeninos para embellecerlos? ¿cuál es la razón intrínseca en esta práctica? Aquellos autores defensores de la práctica de la CGF abogan por otra de sus características compartidas, la sociedad heteropatriarcal que se da en ambas culturas, que de una forma u otra sexualiza el cuerpo de la mujer, estableciendo según cada cultura, una normativa física que a su vez predetermina unos roles de género ^{21,36}.

También se puede ver dentro de este dilema el cuestionamiento de la libertad, de la mano de los derechos de la mujer, en donde se trata de delimitar cual es la línea entre la intencionalidad intrínseca de asemejarse a un ideal patriarcal y el empoderamiento de la mujer a través de su cuerpo en donde es ella misma quién decide sobre sí misma y lo molde su apariencia sin atender a parámetros socialmente establecidos ^{10,28}.

4.3.Futuras líneas de investigación

En función de la bibliografía consultada se aprecia una escasez en la investigación de la CGF desde la enfermería. Como futuras líneas de investigación sería por tanto interesante una mayor implicación por parte de enfermería, desarrollando estudios experimentales sobre talleres formativos, o promoviendo nuevas formas eficaces para abarcar este tipo de casos, especialmente desde la AP, así como el desarrollo de protocolos interdisciplinares y eficaces, que se ajusten a las necesidades reales, y logaritmos de actuación para el sector médico en casos de CGF.

Otra línea que podría tomar la investigación en torno a la CGF es el estudio de la opinión de las niñas inmigrantes sobre el tema, lo que permitiría conocer su vivencia de la sexualidad, el sentimiento de imposición cultural, así como la predeterminación de roles de género que conlleva esta práctica.

Se hace necesaria la investigación sobre la realización de intervenciones para abarcar estas situaciones, implicando a toda la familia –padres, hijos y a ser posible abuelos- debido a la importancia y el simbolismo de la misma en este tipo de culturas.

4.4.Recomendaciones para la práctica clínica:

Tras lo expuesto anteriormente, se comentarán una serie de recomendaciones para llevar a cabo desde enfermería en caso de atención a una persona con CGF o en riesgo de ello. Cabe mencionar la posición clave que los servicios de pediatría, obstetricia, ginecología y AP tienen para la detección y abordaje de estos casos ⁴. A continuación, aparecen las recomendaciones para el abordaje, desde la perspectiva de enfermería de AP. Estas propuestas aparecen según lo que ha sido considerado el orden adecuado- comenzando por las primeras intervenciones en orden sucesivo- para el abordaje eficaz de la CGF.

- Establecer un ambiente respetuoso y de confianza entre la paciente y el profesional. Este proceso es gradual y comienza desde la primera consulta. No es recomendable abordar la CGF en la primera consulta.
- El profesional debe comentar la CGF de forma generalizada, determinar si la paciente conoce esta práctica, si en su país es común, etc.
- El profesional debe conocer si la paciente tiene problemas para la micción o eliminación de la menstruación, si presenta dispareunia o dolor en las relaciones sexuales ³¹.
- Una vez el profesional valora la relación con la paciente y la situación de la misma, se procederá a una concienciación y sensibilización sobre la CGF. Se proporcionará información verídica y documentada de la misma, sus riesgos y consecuencias, así como educación sanitaria y sexual. Esta información se puede dar a través de mediadoras culturales, o mediante videos ³⁸. Los videos proporcionados pueden ser meramente informativos o bien testimonios reales de otras mujeres.

Se debe informar a las mujeres sobre la situación legal de la CGF en nuestro país, aunque se recomienda tomar una actitud no punitiva para con estas mujeres.

- La desmitificación de los factores perpetuantes se considera una pieza clave para frenar la consecución de la práctica de madres a hijas. Este proceso de desmitificación debe ser cuidadoso, tratando de no caer en el etnocentrismo, buscando una actuación eficaz y realista, evitando la imposición de los cuidados o de la cultura ¹⁰. Se debe buscar de la misma manera, una educación sobre los derechos de igualdad entre hombres y mujeres, buscando el empoderamiento de la mujer que la hará libre de tomar las decisiones sobre su cuerpo.

Así mismo, la actuación en equipo se hace esencial para el abordaje de la práctica. La involucración de las familias, y el trabajo multidisciplinar, realizando así una actuación conjunta con gobiernos, comunidades, etc. ¹⁰

Por tanto, la existencia de una sociedad multicultural, junto con la sanidad y la enfermería, hace necesario un enfoque holístico desde el conocimiento, el entendimiento y el respeto a las diferentes culturas. Sin todo ello, la atención prestada, conformará - como reporta Jiménez Ruiz- una situación de imposición cultural en la que, a nivel enfermero, el profesional obviará las singularidades culturales propias de la persona ¹⁰.

Todas estas recomendaciones se encuentran enlazadas con la necesidad de la utilización de los protocolos sobre detección y prevención de la CGF de cada comunidad autónoma o bien el protocolo nacional.

Las actitudes del equipo profesional son esenciales para poder tratar este tipo de casos. Con esto se hace referencia a la necesidad de aceptar la pluralidad y la diversidad cultural, facilitando así la escucha y la relación de ayuda ³¹. Se hacen imprescindibles aptitudes como la empatía, la confidencialidad, el respeto y la naturalidad. Mencionar, como comenta Little²⁹, la importancia de, ante casos de CGF, la consciencia del profesional sobre sus propios sentimientos hacia esta práctica, pero a su vez la capacidad de la comprensión, entendiendo la misma como un cuidado cultural lo que permitirá un mejor entendimiento intercultural y por lo tanto intervenciones más eficaces ¹⁰.

Por último, teniendo en cuenta la falta de conocimientos por parte de los profesionales, se considera recomendable la autogestión del aprendizaje con respecto a esta materia, ya que, como refiere Jiménez Ruiz¹⁰:

“La competencia transcultural de los/las profesionales sanitarios va a determinar la capacidad de gestionar cuidados en el ámbito de la prevención de la CGF, puesto que solo

unos cuidados transculturales garantizan la superación de la limitación que supone una visión etnocentrista del mundo y por tanto de los cuidados”¹⁰

4.5.Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio fueron numerosas. En primer lugar, de forma generalizada, fue encontrada una gran cantidad de información sobre el rito de la circuncisión femenina, sin embargo, se ha podido apreciar una escasez de estudios sobre las posibles intervenciones para su abordaje. Por otro lado, la escasa documentación existente a cerca de la población inmigrante con CGF en España, hizo que la población del estudio no estuviera del todo definida, aunque se intentó focalizar en poblaciones con contextos socioculturales parecidos a España.

Otra de las limitaciones fue la recopilación de información, ya que sólo han sido utilizadas las bases de datos proporcionadas por la Universidad Autónoma de Madrid. También han aparecido a lo largo del trabajo limitaciones propias de la autoría, como por ejemplo la inexperiencia en el trabajo de campo, así como la dificultad del tema a desarrollar que, al abarcar tal cantidad de áreas -no solo la enfermera-, supuso un doble trabajo de investigación y adquisición de conocimientos sobre derechos humanos, legislación, sociología y antropología. Añadir la dificultad del objetivísimo más absoluto, y de no caer en el etnocentrismo ni en el relativismo cultural, ya que se tiene en cuenta la sociedad occidental actual que de forma implícita se encuentra arraigada en nuestra forma de vivir y de pensar. Además, debido a la profundidad del tema, la repercusión de la práctica en las mujeres y los dilemas éticos que se encuentran entorno a la misma son escasos los autores que, en los textos revisados, no introducían de una forma u otra una opinión rotunda sobre el tema a tratar, lo cual dificultó el análisis objetivo de los resultados.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados en el trabajo, se determinan las siguientes conclusiones:

- Actualmente en España se estima que se encuentran más de 55 mil mujeres procedentes de países donde la CGF se da comúnmente⁸. Y globalmente, más de 3 millones de niñas corren el riesgo de someterse a intervención cada año¹¹.
- La práctica de la CGF repercute negativamente en las esferas más importantes de la vida de las mujeres que la sufren.
- La perpetuación de la práctica reside en los valores de las sociedades androcéntricas y heteropatriarcales, que buscan el control de la sexualidad de las mujeres y el sometimiento de las mismas en función de roles de género predeterminados.
- Los profesionales sanitarios poseen escasos conocimientos sobre la CGF, por tanto, se hace necesaria la formación en esta materia desde el proceso de aprendizaje en el grado universitario, así como en la formación continuada y en las especialidades enfermeras que más se aproximan a población en riesgo: maternidad, pediatría y familiar y comunitaria.
- Enfermería se define como factor clave en el cese de la continuación de la práctica, especialmente en el área de AP. Es muy conveniente la utilización de la adaptación del modelo del sol naciente para el abordaje, así como la creación y el manejo de protocolos y algoritmos para la detección y prevención de la práctica.
- El abordaje de los casos debe ser realizado de forma multidisciplinar y holística. Evitando la imposición cultural, y abogando por el entendimiento y la educación sanitaria basado en la desmitificación de los factores perpetuantes y en el empoderamiento de las mujeres por medio de la educación sanitaria y sexual.

6. BIBLIOGRAFÍA:

1. OMS. Mutilación genital femenina. [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2018. [Consultado en 2019 Abr 23] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.
2. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid; 2015.
3. Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P. La investigación cualitativa ante las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Index Enferm [Internet]. 2017 Jun; 26(1-2):5-6.
4. Pastor Bravo MM. La voz de las mujeres sometidas. Saberes para la disciplina enfermera [Tesis]. Murcia. Universidad de Murcia; 2014: 310p.
5. Andro A, Lesclingand M. FGM Overview and current knowledge. Ined 2016 Abr;71(2):216-273.
6. Bénédicte L. Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o Mutilación Genital Femenina. Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho 2008(17)
7. Kaplan A, Nuño Gómez L. Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina. Madrid;2017.
8. Pastor Bravo MM, Almansa Martínez P, Ballesteros Meseguer C, Pastor Rodríguez JD. Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería. Análisis videográfico. Enfermería global 2012 (25):426-439.
9. Médicos del Mundo. Política de Médicos del Mundo España sobre Mutilación Genital Femenina (MGF). 2017
10. Jiménez Ruiz I. Las fronteras del androcentrismo en la ablación/mutilación genital femenina [Tesis] Murcia. Universidad de Murcia; 2015: 302p.
11. OMS. Mutilación genital femenina y otras prácticas lesivas. [Internet] Ginebra: Organización mundial de la Salud [Consultado 2019 Abr 23] Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/es/>.
12. UNICEF. Mutilación genital femenina. [Internet] [Consultado 2019 Abr 23] Disponible en: <https://www.unicef.org/es/protection/mutilacion-genital-femenina>
13. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica. Convenio de Estambul. C: 2011 May 11
14. Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. Madrid. Boletín Oficial del Estado. 2003 Sept 30.

15. Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. Madrid. Boletín Oficial del Estado. 2005 Jul 9.
16. Hermida de Llano, C. La mutilación genital femenina desde la perspectiva jurídica española/ Female genital mutilation from the Spanish legal perspective. Bajo Palabra 2017;15(2017):47-66.
17. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Madrid. Boletín Oficial del Estado. 2015 Ago 8.
18. García Bueno MP. Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina: Buenas prácticas. Segunda ed. Madrid: Mujeres en Igualdad; 2016.
19. Código Deontológico de Enfermería Española: Resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería, por la que se a, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio Madrid Colegio Oficial de Enfermería. 1989. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
20. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Madrid. Boletín Oficial del Estado. 1983 Ene 3.
21. La Barbera M. Intervenciones sobre los genitales femeninos: Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual. Revista de Dialectología y Tradiciones Populares 2010 Dec 30;65(2):465-488.
22. Mc Farland MR. Capítulo 22: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Raile Alligood M. Modelos y teoría enfermeras. Octava ed. España: Elsevier; 2015.
23. Almansa Martínez P, Jiménez-Ruiz I. Riesgo de Mutilación Genital Femenina: propuesta de diagnóstico de Enfermería. Index de Enfermería 2017;26(4):288-291.
24. Jiménez García A, Granados Bolívar ME. Impacto biopsicológico en mujeres sometidas a mutilación genital. ENE, Revista de enfermería 2015 Ago;9(2).
25. Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P, Juall Carpenito L. Propuesta de diagnóstico de Síndrome Post Mutilación Genital Femenina. Enfermería Global 2017;16(45):51-68.
26. Jiménez Ruiz, I. Almansa Martínez, P. Pastor Bravo, MM. Pina Roche, F. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. Enfermería Global 2012 Oct(28):396-410.

27. Mulongo P, Hollins Martin C, McAndrew S. The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2014 Oct 20;;23(5):469-485.
28. Pastor-Bravo MM, Almansa-Martínez P, Jiménez-Ruiz I. Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. *Midwifery* 2018;66:119-126.
29. Little CM. Caring for women who have experienced female genital cutting. *MCN* 2015 sep;40(5):291-298.
30. Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P, Pastor Bravo MM. Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. *Gaceta Sanitaria* 2016;30(4):258-264.
31. Casajoana Guerrero M, Caravaca Nieto E, M.^a Isabel Martínez Madrigal. Una visión global de la mutilación genital femenina. *Matronas profesión* 2012;13(3-4):76-82.
32. Muteshi JK, Miller S, Belizán JM. The ongoing violence against women: Female Genital Mutilation/Cutting. *Reproductive health* 2016;13:44.
33. Varol N, Turkmani S, Black K, Hall J, Dawson A. The role of men in abandonment of female genital mutilation: a systematic review. *BMC public health* 2015;15:1034.
34. Pastor Bravo MM, Almansa Martínez P, Ballesteros Meseguer C, Jiménez Ruiz I. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria* 2014;28(4):287-291.
35. Kismodi E, Cottingham J. Protecting girls and women from harmful practices affecting their health: Are we making progress? *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009;106(2):128-131
36. Yahyaoui Krivenko E. Rethinking Human Rights and Culture Through Female Genital Surgeries. *Human Rights Quarterly* 2015;37(1):107-136.
37. Berg RC, Denison E. A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. *Health care for women international* 2013;34(10):837-859.
38. Pastor Bravo MM, Almansa Martínez P, Jiménez Ruiz I, Pastor Rodríguez JD. Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde

- la Enfermería: una revisión videográfica. *Index de Enfermería* 2015;24(3):159-163.
39. Jiménez Ruiz I, Almansa Martínez P, Pastor Bravo MM. Key points for abolishing Female Genital Mutilation from the perspective of the men involved. *Midwifery* 2016 Mar; 34:30-35.
 40. Vissandjée B, Denetto S, Migliardi P, Proctor J. Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences. *BMC international health and human rights* 2014;14:13.
 41. Reig Alcazar M Siles González J, Solano Ruiz C. Actitudes hacia la MGF: una revisión integradora. *International Nursing Review* 2014 Mar;61:28-37.
 42. Vogt S, Mohammed Zaid NA, El Fadil Ahmed H, Fehr E, Efferson C. Changing cultural attitudes towards female genital cutting. *Nature* 2016 Oct 27;538(7626):506-509.
 43. García Aguado S, Sánchez López MI. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. *Metas de enfermería* 2013 Sep;16(7):18-22.
 44. González-Timoneda A, Ruiz Ros V, González-Timoneda M, Cano Sánchez A. Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? *BMC health services research* 2018 Jul 24;18(1):579-13.
 45. OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. La mutilación genital femenina [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2013. [Consultado 2019 Abr 30]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/
 46. Siles González J, Solano-Ruiz MC. Entrevista a María Vizcaíno Gómez. *Cultura de los Cuidados* 2018;22(50):180-182.
 47. Olvera Porcel MC, Hernández Benitez MD, Martínez García E, Amezcua Prieto C, Pozo Cano MD, Olmedo Requena R. Educación sanitaria sobre mutilación genital femenina para profesionales de la salud. *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía: Universidad de Granada: Instituto de Migraciones*; 2011. p. 2195-2199.
 48. Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P. Female genital mutilation and transcultural nursing: adaptation of the Rising Sun Model. *Contemporary Nurse* 2017 Mar 4;53(2):196-202.

49. Londoño Sulkin CD. La circuncisión femenina, la antropología, y el liberalismo.
Revista Colombiana de Antropología 2010 Jun;46(2):531-545.

7. DOCUMENTACIÓN ANEXADA

ANEXO I: Modelo de compromiso de prevención de la Mutilación Genital Femenina¹

En el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF), aplicable a todo el territorio nacional, se desarrolla el siguiente modelo de compromiso de la Mutilación Genital Femenina¹, que debe ser firmado por ambos progenitores como compromiso para la no realización de la circuncisión durante el periodo de viaje a su país de origen. A continuación, se reporta ese documento:¹

Desde el Centro de Salud:

Se certifica que, hasta este momento, en los exámenes de salud realizados a la niña cuyos datos se consignan a continuación, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DE LA NIÑA	PAIS AL QUE VIAJA

Por ello se informa a los familiares/ responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital, y el reconocimiento a nivel internacional que tiene esta práctica como violación de los Derechos Humanos de las niñas.
- El marco legal de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención es considerada un **delito de lesiones** en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.
- La práctica de la mutilación genital se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, tutores o guardadores; y con pena de inhabilitación especial para

el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años (es decir, los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).

- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.
- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

Por todo ello:

- DECLARO haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
- CONSIDERO haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En, a de de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña
Pediatra/ Médico

Firma:

Bibliografía:

1. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid; 2015.

ANEXO II: Logaritmo de actuación para profesionales sanitarios

El Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) propone un logaritmo para facilitar la actuación de los profesionales sanitarios en caso de CGF¹. A continuación se aporta el mismo:

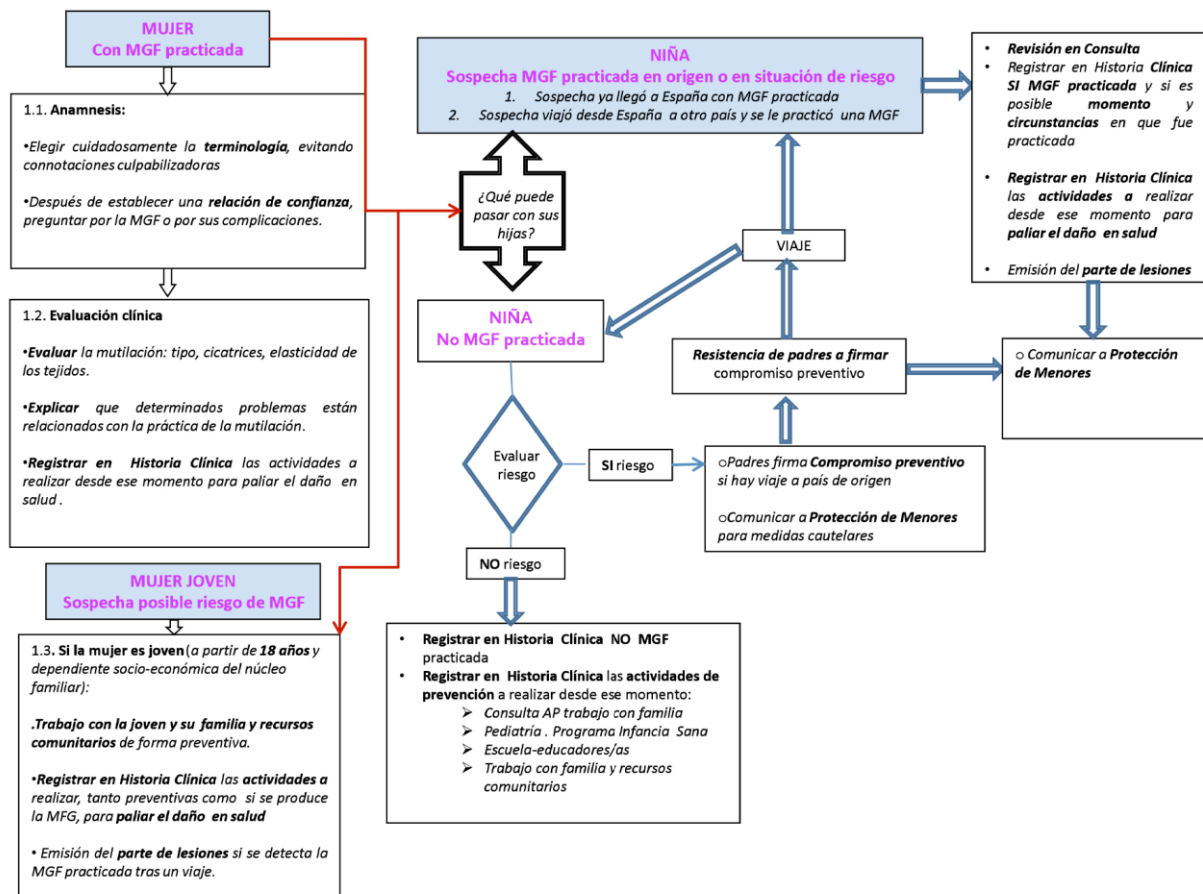


Figura: Logaritmo de actuación ante casos de MGF¹

Bibliografía:

1. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid; 2015.

ANEXO III: La teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales y el Modelo del Sol Naciente

La Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales aportada por Madeline Leininger está basada en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. El propósito de esta teoría se basa en descubrir los aspectos particulares y universales de los cuidados humanos, para después descubrir diferentes formas de proporcionar cuidados culturalmente competentes y congruentes con las diferentes culturas, que sean beneficiosos y útiles para el cliente, la familia o el grupo cultural.¹

Leininger concibe la cultura y el cuidado como los medios más holísticos para conceptualizar y entender a las personas afirmando por tanto el carácter imprescindible que esto adquiere para la formación y práctica enfermeras.¹

La teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran conocimientos acerca del mundo del mundo del paciente y para que hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y su práctica, para que las acciones realizadas y las decisiones tomadas en el marco profesional sean coherentes con la cultura.¹

Principales conceptos a saber de la teoría de Leininger, según Mc Farland¹:

- Salud: “significa el estado de bienestar o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite **funcionar en sus vidas cotidianas**”¹
- Cultura: “[...] Valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida [...] aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra”¹
- Etnohistoria: “secuencia de hechos o desarrollos conocidos, presenciados o documentados sobre una población diseñada en una cultura.”¹
- Cuidados enfermeros competentes con la cultura:
“[...]uso explícito de cuidados y de conocimiento sanitario basado en la cultura de forma sensible, creativa y significativa que se adapte a formas de vida y necesidades generales de individuos o grupos para el bienestar y la salud beneficiosa y satisfactoria o para afrontar la enfermedad, las discapacidades o la muerte.”¹
- Universalidad de los cuidados culturales: forma en la que las personas o los grupos tienden a mirar hacia su mundo o universo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que los rodea.¹

La enfermería transcultural aboga por la necesidad de conocer los cuidados culturales de las diferentes culturas, para así poder proporcionar cuidados culturalmente congruentes y competentes.

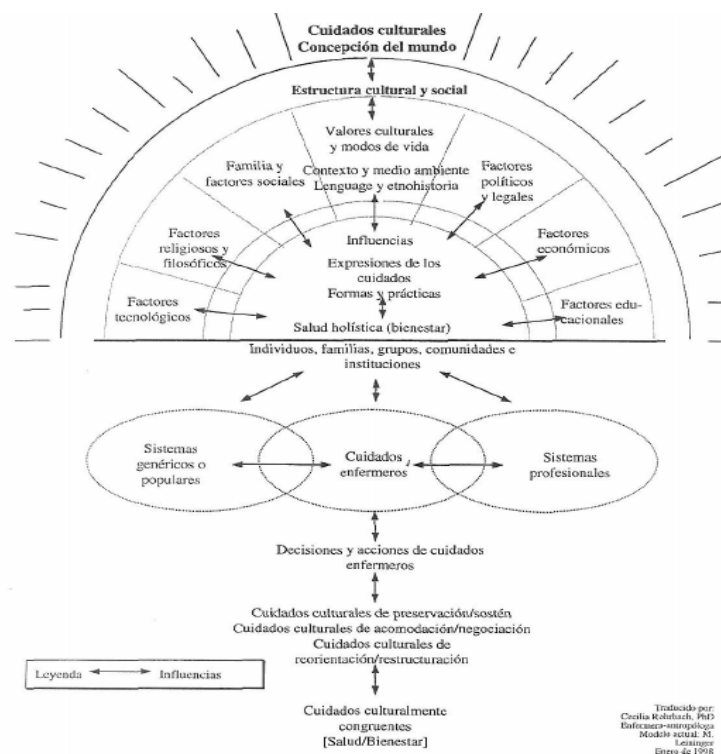
Una de las premisas de esta teoría, sobre la persona, comenta que los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigado e influidos por el contexto, dentro del cual se encuentra: la lengua, la visión del mundo, la religión, la sociedad, la política, economía, entorno de las culturas, etc.¹

El problema por tanto de la falta de cuidados culturales según M.Lenninger es que los pacientes que carezcan de estos podrán sufrir conflictos culturales, estrés y dolor sensible.¹

Para paliar esta necesidad de prestación de cuidados culturalmente competentes, en 1970 Leininger desarrolla el modelo del sol naciente, en donde representa los componentes esenciales de la teoría y, de esta manera pretende facilitar las valoraciones clínicas culturalmente congruentes ². Este modelo presenta a los seres humanos como entes que no pueden separarse de su procedencia cultural y de todos los componentes que forman el contexto de su entorno. ¹

A continuación, se muestra el diagrama que Jiménez Ruiz recoge en su trabajo ² sobre el Modelo del sol naciente de Madeline Leininger.

Figura 1: Modelo del sol naciente de Madeline Leininger ²



Este modelo se compone de dos mitades, que unida forman un sol, que representa el conjunto de componentes que las enfermeras deben tener en cuenta para la valoración de los cuidados humanos y la salud.²

La mitad superior refleja los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que repercuten en la salud y los cuidados proporcionados, a través del lenguaje, la etnohistoria y el entorno². A su vez estos factores influyen en los sistemas de cuidados de cada contexto social, entre los que Leininger diferencia:

- Sistemas de cuidados genéricos, tradicionales o populares: se prestan partiendo de puntos de vista y valores locales sobre un fenómeno.¹
- Sistemas de cuidados profesionales: parten de puntos de vista valores externos, más universales sobre un determinado fenómeno.¹
- Cuidados enfermeros: funcionan como un puente entre los otros dos sistemas de cuidados, integra ambos tipos de cuidados para proporcionar una atención holística a la persona.¹

Según esta teoría, de los cuidados enfermeros que pueden ser proporcionados, desde la transculturalidad enfermera son¹:

- Preservación/mantenimiento de los cuidados culturales: se capacita o facilita a la persona para recuperar o conservar los valores de su cultura que suponen un mayor nivel de bienestar y una recuperación física y mental.¹
- Adaptación/negociación de los cuidados culturales: se trata de, por medio de la capacitación o facilitación, ayudar a desarrollar una negociación o adaptación con otras culturas, obteniendo resultados beneficiosos.¹
- Reorientación/reestructuración de los cuidados culturales: apoyo, capacitación o facilitación que ofrece el profesional a los pacientes para reorganizar, cambiar y modificar sus modos de vida, obteniendo nuevos resultados, que aunque se presentan como diferentes, terminan siendo beneficiosos.¹

Esta teoría puede ser aplicable a los diferentes cuidados culturales que existen en el mundo, y será el profesional quien decida que tipo de actuación ha de llevar con respecto a eso -preservación, adaptación o reorientación-. Asimismo, mencionar como este mismo modelo puede tener lugar en diferentes escalas, desde el nivel particular e individual de cada persona, como en el estudio de grupos, familias o comunidades, o bien a una gran escala, estudiando diversas culturas.¹

Finalmente, comentar, como refiere Jiménez Ruiz² en su trabajo:

“La aplicación de dicho modelo teórico en nuestro entorno, [...] es realmente interesante puesto que proporciona a los/las enfermeros/as la posibilidad de participar en la construcción de una sociedad intercultural, en la que el diálogo evite que ningún grupo prevalezca por encima del otro favoreciendo la horizontalidad y la relación justa entre sociedades y colectividades”

Bibliografía:

1. Mc Farland MR. Capítulo 22: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Raile Alligood M. Modelos y teoría enfermeras. Octava ed. España: Elsevier; 2015
2. Jiménez Ruiz I. Las fronteras del androcentrismo en la ablación/mutilación genital femenina [Tesis] Murcia. Universidad de Murcia; 2015: 302p.

ANEXO IV: Consecuencias físicas de la Circuncisión Genital Femenina (CGF)

A continuación, se desglosan las consecuencias físicas que pueden resultar de la CGF en función de los artículos consultados¹⁻¹².

Consecuencias inmediatas¹⁻¹²: aquellas que aparecen desde el momento del corte hasta 10 horas después.

- Hemorragia: la zona genital se encuentra muy vascularizada por lo que la intervención podría provocar un sangrado de moderado a intenso. En ocasiones la arteria clitoridea puede ser seccionada, lo que conllevaría a un sangrado profuso que, si no fuera detenido, produciría la muerte. Esta hemorragia también podría aparecer de forma más tardía debido al desprendimiento de algún coágulo en momentos posteriores a la circuncisión.
- Dolor: la gran cantidad de terminaciones nerviosas que rodean la zona del clítoris, así como la no utilización de analgesia.
- Retención urinaria: pueden provocarse retenciones urinarias debido al dolor de la zona (retención voluntaria), así como debido a la inflamación secundaria causada por la lesión del meato (retención involuntaria).
- Shock: los más comunes son, shock neurogénico, causado por mal tratamiento del dolor; shock séptico, causa de la pérdida abundante de líquido debido a la acción de endotoxinas; shock hipovolémico hemorrágico, producido por pérdida abundante de sangre. Todos ellos pueden derivar en muerte si no son tratados en un tiempo limitado.
- Infección: puede producirse por la falta de asepsia y esterilidad a la hora de realizar la intervención. Pueden aparecer casos de infecciones locales o septicemias.
- Anemia aguda post-hemorrágica: síndrome que consiste en la disminución de los niveles del hematocrito por debajo del rango normal a consecuencia de una hemorragia.
- Lesiones de tejidos periféricos: secundario a una mala praxis, pudiendo dañar la zona perineal, anal, uretral o incluso vaginal
- Muerte.

Las tres consecuencias más prevalentes, de la circuncisión son, la hemorragia, representando esta un 25% del total de las complicaciones ¹, la infección, representado un 15% del total ¹, y la anemia-provocada por la hemorragia ¹⁻⁴.

Consecuencias a medio-largo plazo ¹⁻¹²:

- Anemia severa: relacionada con la hemorragia provocada por la circuncisión. También puede asociarse con la mala alimentación y/u otras enfermedades concomitantes.
- Cicatrización anormal: es frecuente la aparición de queloides, quistes, fibrosis o senequia en la zona mutilada. Pueden aparecer neuromas ¹, fruto de la mala praxis y cicatrización, provocando gran dolor en la zona.
- Infecciones urinarias o genitourinarias recurrentes: la circuncisión puede provocar la estenosis de los conductos urinarios lo que supondría un mal vaciamiento de la vejiga, acumulación de orina y frecuentes infecciones. También pueden aparecer infecciones subagudas bulbares.
- Síntomas del tracto urinario inferior: son los más comúnmente reportados, como por ejemplo la incontinencia urinaria, aumento de la frecuencia de la micción, etc.
- Dismenorrea: por acumulación del flujo menstrual provocado por la estenosis – que dificulta el vaciamiento.
- Fístulas: vésico-vaginales y vésico-uretrales, que pueden comenzar por una infección derivada de la CGF, que, al no ser bien tratada provoca un absceso que termina en una fístula.
- Infecciones pélvicas: pueden evolucionar y aparecer como crónicas - enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Más frecuente en casos de infibulación.
- ETS (enfermedades de transmisión sexual) u otras enfermedades de transmisión sanguínea. VIH, VHB, VHC y tétanos como las más prevalentes. Se transmiten debido a la escasa asepsia del procedimiento, así como los métodos utilizados para la curación. Estas complicaciones pueden estar potencialmente asociadas con la infección sufrida en el primer momento tras la circuncisión ².
- Dolor crónico ^{3,5}
- Dismenorrea: dolor menstrual severo debido a complicaciones por la CGF, o por retención del flujo menstrual en casos de infibulación ². Esta misma retención puede provocar hematocolpos y/o hematómetra.

- Estenosis del introito vaginal: aparece con más frecuencia en casos de infibulación^{2,4}.
- Infertilidad.

Bibliografía:

1. Little CM. Caring for women who have experienced female genital cutting. MCN 2015 sep;40(5):291-298.
2. Jiménez Ruiz, I. Almansa Martínez, P. Pastor Bravo, MM. Pina Roche, F. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural.
3. Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P, Juall Carpenito L. Propuesta de diagnóstico de Síndrome Post Mutilación Genital Femenina. Enfermería Global 2017;16(45):51-68.
4. Jiménez Ruiz I. Las fronteras del androcentrismo en la ablación/mutilación genital femenina [Tesis] Murcia. Universidad de Murcia; 2015: 302p.
5. Andro A, Lesclingand M. FGM Overview and current knowledge. Ined 2016 Abr;71(2):216-273.
6. Jiménez García A, Granados Bolívar ME. Impacto biopsicológico en mujeres sometidas a mutilación genital. ENE, Revista de enfermería 2015 Ago;9(2).
7. Pastor-Bravo MM, Almansa-Martínez P, Jiménez-Ruiz I. Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. Midwifery 2018;66:119-126.
8. Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P, Pastor Bravo MM. Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. Gaceta Sanitaria 2016;30(4):258-264.
9. Almansa Martínez P, Jiménez-Ruiz I. Riesgo de Mutilación Genital Femenina: propuesta de diagnóstico de Enfermería. Index de Enfermería 2017;26(4):288-291.
10. Mulongo P, Hollins Martin C, McAndrew S. The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2014 Oct 20;23(5):469-485.
11. Pastor Bravo MM. La voz de las mujeres sometidas. Saberes para la disciplina enfermera [Tesis]. Murcia. Universidad de Murcia; 2014: 310p.

12. Pastor Bravo MM, Almansa Martínez P, Ballesteros Meseguer C, Pastor Rodríguez JD. Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería. Análisis videográfico. Enfermería global 2012 (25):426-439.

ANEXO VI: Documentos incluidos en la revisión.

Artículo	Autores y fecha de publicación	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo principal	Principales hallazgos
Female genital mutilation and transcultural nursing: adaptation of the Rising Sun Model	Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P.	Revisión Narrativa	-	Conocer las razones por las cuales se realiza la MGF usando para ello una adaptación del Modelo del Sol Naciente propuesto por Madeleine Leininger.	Se propone una adaptación del modelo del sol naciente con respecto a la MGF, para la práctica clínica enfermera. Esta propuesta permite entender la MGF como un cuidado cultural, conocer sus factores perpetuantes y las dimensiones que alcanza. Además, propone actuaciones de enfermería de forma que se pueda desarrollar en planes de actuación estandarizados para estos casos.
Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience	Dawson A, Turkmani S, Fray S, Nanayakkara S, Varol N Homer C.	Revisión narrativa	-	Analizar la actuación de las matronas frente a mujeres circuncidadas, así como determinar las líneas de actuación a seguir, para proporcionar unos cuidados integrales a este tipo de mujeres.	Se ha evidenciado una falta de conocimientos por parte de las matronas de los países occidentales sobre la MGF y cómo tratarla. Es necesario para la abolición de esta práctica, la educación de los profesionales, así como actuaciones a nivel político, jurídico y religioso. Es necesaria una actuación multidisciplinar para la erradicación de esta práctica.

Knowledges, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain. Are we ready for this challenge?	González-Timoneda A, Ruiz Ros V, González-Timoneda M, Cano Sánchez A.	Estudio cualitativo descriptivo transversal	321 profesionales sanitarios de atención primaria de la Comunidad Valenciana	Conocer las actitudes, percepciones, conocimientos y actuaciones de los profesionales de atención primaria en España.	La falta de conocimientos por parte de los profesionales españoles de atención primaria es evidente. Es necesario sensibilizar a la población y especialmente a los profesionales de la salud, sobre esta práctica. La prevención y erradicación no podrá ser posible si no se actúa de forma conjunta con los gobiernos y las comunidades pertinentes.
Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina	Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P, Pastor Bravo MM.	Estudio cualitativo	25 hombres procedentes de: Mali, Senegal, Djibuti, Niger, Chad, Ghana y Marruecos	Examinar el conocimiento acerca de las complicaciones que conlleva la MGF, en hombres procedentes de países donde se realiza esta práctica.	Los hombres contrarios a la MGF tienen más conocimientos sobre las consecuencias que esta puede provocar en la mujer. Establece como punto clave para la erradicación de esta práctica hacer visible los daños que esta puede provocar e incluir para su abordaje intervenciones familiares en las que se incluya a los hombres .
Key points for abolishing Female Genital Mutilation from the perspective of men involved	Jiménez Ruiz, I; Almansa Martínez, P; Pastor Bravo, MM	Estudio cualitativo. Enfoque etnometodológico.	21 hombres procedentes de Mali, Senegal, República de Chad, Djibuti, Niger y Ghana,	Determinar cuáles son los puntos clave para la erradicación de la mutilación genital femenina.	Proponen cinco puntos clave para la erradicación de la MGF, de forma que estos puedan ser estudiados y así poder aplicarlos a intervenciones enfermeras centradas en la prevención/abolición de la misma.

			residentes en España		
Protecting girls and women from harmful practices affecting their health:Are we making progress?	Cottingham J, Kismodi E.	Revisión Sistemática	-	Determinar cuál es el progreso real que se está consiguiendo a través de las medidas impuestas contra la MGF. Analizar los factores clave para la erradicación de la misma, véase los gobiernos, profesionales de la salud, etc.	Los gobiernos y la comunidad internacional ha respondido a través de medidas legales para tartar los casos de CGF. Aunque estas medidas hayan disminuido, el número de casos, se necesita la acción conjunta de todos aquellos en los que recae la responsabilidad, es decir, la responsabilidad individual de cada persona, líderes de las comunidades, equipos médicos, asociaciones y gobiernos.
The ongoing violence against woman: Female Genital Mutilation/Cutting	Muteshi JK, Miller S, Belizán JM.	Revisión sistemática	-	Determinar estrategias eficaces para ayudar a las familias y comunidades a abandonar la práctica de la MGF.	Debido a la escasez de evidencia científica en las intervenciones, la escasez de estudios sobre la CGF y los limites metodológicos que existen en este tema, supone dificultades a la hora de establecer métodos eficaces para la abolición de la práctica. Se ha demostrado que la acción conjunta de la educación, la acción política, legal y el contexto social, son factores en los que recae gran parte de la responsabilidad para mediar a favor de la erradicación de la MTG.

Female Genital Cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences	Vissandjée B, Denetto S, Migliardi P, Proctor J.	Revisión sistemática	-	Examinar las complicaciones legales y éticas que supone la práctica de la GCF en un contexto de prestación de servicios sociales y sanitarios multicultural.	Es necesario el trabajo en conjunto por parte de equipos de salud pública y miembros de las comunidades para promover una mayor sensibilización ante esta práctica a través de la inclusión de hombres y mujeres. Todo ello fundamentará nuevas líneas de actuación sanitaria ante nuevos casos de MGF.
Changing cultural attitudes towards female genital cutting	Vogt S, Mohammed Zaid NA, El Fadil Ahmed H, Fehr E, Efferson C.	Carta	-	Explorar las diferentes actitudes, argumentos y conflictos que se presentan a la hora de tomar la decisión sobre la mutilación genital femenina.	Contemplar la práctica de la MGF como una tradición ampliamente extendida y arraigada que se realiza por los mismos motivos independientemente de la cultura, supone para muchos inmigrantes una actitud etnocéntrica por parte de occidente. Explorar los conflictos y las actitudes que se tienen a favor o en contra de la MGF por parte de sus practicantes es necesario para desarrollar métodos de prevención efectivos y que preserven una actitud respetuosa hacia la cultura base.
The role of men in abandonment of female genital mutilation: a systematic review	Varol N, Turkmani S, Black K, Hall J, Dawson A	Revisión Narrativa	-	Determinar las actitudes y opiniones sobre la MGF por parte de los hombres, así como el rol percibido y real que tienen a la hora de mantener esta práctica.	Los hombres informados sobre las consecuencias de la CGF no son proclives a mantener esta práctica, aunque se sigue llevando a cabo debido a la presión social y al tabú que rodea la práctica. Por ello es necesario implicar a los hombres en los programas para la erradicación de la MGF.

Propuesta de diagnóstico de síndrome post mutilación genital femenina	Almansa P, Martínez P, Jiménez-Ruiz I, Juall Carpenito L.	Revisión Sistemática	-	Facilitar el abordaje y tratamiento de las consecuencias de la MGF mediante la utilización de un lenguaje enfermero estandarizado, en este caso proponiendo un Dx enfermero de <i>Síndrome post mutilación genital femenina</i>	A través de la creación de este tipo de diagnósticos se pretende conseguir una detección precoz de casos de CGF así como un mejor abordaje de las consecuencias de esta. Además, permite la concienciación del profesional enfermero, y facilita dirigir dichas intervenciones con respecto a esta práctica.
Educación sanitaria sobre mutilación genital femenina para profesionales de la salud	Martínez García E, Olvera Porcel MC, Pozo Cano MD, Hernández Benítez MD, Amezcua Prieto C, Olmedo Requena R.	Revisión sistemática	-	Propuesta de realización de un programa de educación sanitaria para profesionales de la salud sobre la CGF de forma que sean capaces de ofrecer una atención adecuada a través del desarrollo de habilidades para la comunicación, ampliación del conocimiento sobre esta práctica y competencias culturales para un abordaje holístico.	Actualmente la atención clínica recibida por las mujeres que han sufrido CGF o que se encuentran en riesgo, por parte de los profesionales sanitarios en España no es la adecuada para satisfacer sus necesidades y promover la erradicación de esta práctica. A través de programas educativos a los profesionales se pretende mejorar esta situación para que las mujeres atendidas mejoren su calidad de vida física y mental en el país de residencia.
Una visión global de la mutilación genital femenina	Casajoana Guerrero M, Caravaca Nieto E, Martínez Madrigal MI.	Revisión Narrativa	-	Actualización de la información sobre la MGF así como de sus cuidados y recomendaciones durante embarazo, parto y puerperio.	La educación sanitaria es la base para la erradicación de esta práctica desde un punto de vista transcultural, la sensibilidad y el respeto. Este tipo de educación sanitaria se propone a las enfermeras y matronas especialmente durante el periodo del embarazo Para mujeres que han sido sometidas a la MGF.

La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la región de Murcia	Ballesteros Meseguer C, Almansa Martínez P, Pastor Bravo MM, Jiménez Ruiz I.	Estudio cualitativo fenomenológico	Mujeres residentes en España procedentes de África subsahariana con la MGF realizada en su país de origen.	Determinar las percepciones de las mujeres sometidas a esta práctica y conocer el impacto de la misma sobre su salud sexual y reproductiva.	La repercusión de la MGF no abarca solo la salud sexual, puede llegar incluso al ámbito psicosocial. A través de este estudio se han determinado las vivencias de mujeres que fueron mutiladas, muchas de ellas, denuncian esta práctica, aunque permanece oculta bajo un tabú social.
Intervenciones sobre los genitales femeninos: entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual	La Barbera MC.	Ensayo	-	Conocer el dilema sobre la persecución de prácticas como la MGF desde occidente, planteando como motivo de esta, una actitud colonialista y patriarcal; mientras cirugías plásticas legales sobre esos mismos, o diferentes, órganos sexuales, son motivo de disfrute y alardeo en nuestra sociedad.	La existencia del binomio salud/patología aparece en casos como la MGF, lo cual se encuentra relacionado con la legitimación o estigmatización de esta práctica. Todo ello lleva a la persecución de prácticas como estas lo cual puede resultar en un punto de vista etnocéntrico.
La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina. Saberes para la disciplina enfermera	Pastor Bravo MM	Estudio cualitativo historias de vida	20 mujeres de Senegal, Nigeria y Gambia residentes en la región de Murcia.	Identificar conocimientos, actitudes y experiencias de la MGF en mujeres de origen subsahariano residentes en España.	Las mujeres que están en contra de la MGF tienen más conocimientos e información sobre las consecuencias de la misma para la salud. Por tanto, se propone un abordaje enfermero de esta práctica por medio de la educación, ya que se cree que esta es un factor clave para la erradicación.

Las fronteras del androcentrismo en la mutilación genital femenina	Jiménez Ruíz I	Análisis cualitativo y metodológico.	25 hombres procedentes de países donde la práctica de la MGF era habitual.	Analizar las perspectivas masculinas sobre la MGF para poder entender esta práctica y aplicar esta información para el desarrollo de intervenciones enfermeras específicas y eficaces.	Tener en cuenta la perspectiva masculina es esencial para poder abarcar mejor esta práctica ya que los hombres juegan un papel muy importante en la perpetuación de la misma.
Impacto biopsicológico en mujeres sometidas a mutilación genital	Jiménez García A, Granados Bolívar ME.	Revisión narrativa	-	Identificar las consecuencias que en las mujeres puede provocar la MGF, así como la repercusión psicológica de la misma.	La repercusión de esta práctica puede abarcar casi la totalidad de las esferas de la mujer como persona, desde el campo de las consecuencias físicas hasta la repercusión social que puede conllevar.
Actitudes hacia la mutilación genital femenina. Una revisión integradora	Reig Alcaraz M, Siles González J, Solano Ruíz C.	Revisión narrativa	-	Describir las actitudes hacia la MGF con respecto a los sistemas de salud y determinar cuáles son los factores que la perpetúan y, por consiguiente, los factores clave para su erradicación.	Se señala la enfermería como factor clave en la erradicación de esta práctica, así como en la detección de la misma. La necesidad de ampliar los conocimientos por parte de los profesionales de salud, y formar profesionales que puedan proporcionar cuidados culturalmente competentes.

Conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina	García Aguado S, Sánchez López MI.	Estudio cuantitativo descriptivo longitudinal prospectivo	Matronas, ginecólogos y pediatras de centros de salud y hospitales públicos/privados de la C.A. de Valencia	Determinar el grado de conocimiento de matronas, ginecólogos y pediatras sobre la mutilación genital femenina y conocer si han recibido algún tipo de formación a cerca de ello. Identificar el número de casos que ellos han atendido y como actuaron ante ello.	La mayoría de los profesionales encuestados refieren poseer escasos conocimientos sobre la MGF, y necesitar una ampliación de la formación. Los casos atendidos por estos profesionales previos a este estudio fueron mayoritariamente ignorados. Se concluye por tanto que es necesaria la existencia de un protocolo de actuación para casos de MGF así como un mayor grado de formación de los profesionales sobre esta práctica.
Riesgo de: mutilación genital femenina. Propuesta de diagnóstico de enfermería	Almansa Martínez P, Jiménez-Ruiz I.	Revisión Narrativa	-	Desarrollar una propuesta de diagnóstico enfermero de riesgo dentro de la taxonomía NANDA, denominada <i>Riesgo de mutilación genital femenina</i> , con sus respectivos factores de riesgo.	La enfermería se reconoce como pieza clave para la erradicación y prevención de esta práctica que asola a España en un momento de grandes movimientos migratorias. Un diagnóstico enfermero como el propuesto, supondrá una mayor visualización de este problema y fomentaría la creación de actividades específicas enfermeras para el tratamiento de las complicaciones y/o su prevención.

Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la enfermería: una revisión videográfica	Pastor Bravo MM, Almansa Martínez P, Jiménez-Ruiz I, Pastor Rodríguez JD.	Revisión videográfica	Mujeres inmigrantes en peligro de perpetuar la tradición de la MGF.	Identificar estrategias preventivas para la MGF desde la enfermería, en mujeres inmigrantes provenientes de países donde la práctica es muy común.	Para la erradicación y prevención de la práctica de la MGF los profesionales de enfermería pueden utilizar varios recursos entre los que se encuentran la proporción de la información sobre las consecuencias de la MGF así como el uso de testimonios reales tanto de mujeres como de hombres para reafirmar la negativa a esta práctica. El artículo refleja en bajo grado de información que la población que perpetúa esta práctica tiene a cerca del proceso y sus consecuencias para la salud.
Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería. Un análisis videográfico.	Pastor Bravo, MM., Almansa Martínez P., Ballesteros Meseguer C., Pastor Rodríguez JD.	Revisión cualitativa videográfica	Población femenina procedente de: Países árabes, Egipto, Mauritania, Sierra leona, Gambia y Kenia.	Conocer el contexto de la práctica de la MGF, sus causas y sus consecuencias.	La ampliación de los conocimientos de la MGF desde un punto de vista cultural puede ser de gran ayuda para los profesionales de la salud de forma que se encuentren más formados sobre esta práctica y puedan así abordarla mejor.
Entrevista a María Vizcaíno Gómez	Sile J, Solano C.	Estudio cualitativo. Entrevista	Especialista en ginecología, miembro de la comisión de seguimiento de la	Analizar los aspectos esenciales de la MGF y determinar la incidencia de esta práctica en la Comunidad Valenciana.	Es necesario desarrollar estrategias con respecto a la difusión del protocolo para la prevención de esta práctica. Así como establecer líneas de actuación para una mayor sensibilización. El personal sanitario necesita ser formado para realizar acciones específicas sobre esta práctica y

			Mutilación Genital Femenina en Valencia		proporcionar unos cuidados integrales desde un abordaje multidisciplinar.
Living with a mutilation: a qualitative study on the consequences of female genital mutilation on women's health and the healthcare system in Spain	Jiménez Ruiz, I; Almansa Martínez, P; Pastor Bravo, MM	Estudio cualitativo. Historias de vida.	14 mujeres residentes en Murcia, de entre 23 a 41 años, que se encontraban circuncidadas , y habían dado a luz en España.	Analizar las consecuencias de la MGF en mujeres inmigrantes residentes en España, así como la experiencia de la mismas con respecto al sistema sanitarios español.	Se ha detectado una falta de conocimiento por parte de los profesionales sanitarios españoles sobre la MGF. Esto provoca una falta de atención ante una necesidad real por parte de un grupo población. Es necesario un aumento en la formación de los profesionales sanitarios ante esa situación, para así garantizar una mejor atención clínica y contribuir a la erradicación de la práctica.
The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review	Mulongo P, Hollins Martin C, McAndrew S.	Revisión sistemática	-	Identificar los efectos que produce la MGF a nivel psicológico, así como sus posibles tratamientos, y cómo tomo ello repercute a la hora de proporcionar cuidados a esas mujeres	Es necesario la investigación continuada sobre este tipo de consecuencias que provoca la MGF para saber que intervenciones psicológicas puede llevarse a cabo. Tener en cuenta estas repercusiones psicológicas es necesario a la hora de proporcionar cuidados a nivel enfermero.

Caring for women who have experience Female Genital Mutilation	Cindy M. Little	Revisión sistemática	-	Analizar la práctica de la MGF, desde una visión más sensibilizada en cuanto a la cultura que la rodea. De esta manera se pretende aportar ideas para el sector enfermero debido a su gran implicación en la educación sanitaria sobre este procedimiento.	Enfermería es un pilar básico para llegar a las mujeres que han sido mutiladas o que estén en riesgo de ello y es por eso que se hace imprescindible el aumento de formación de los profesionales sanitarios sobre las repercusiones de la MGF y a cerca de los cuidados culturales, para así entender la práctica de forma holística.
Female Genital Mutilation. Overview and current knowledge	Andro A, Lesclingand M.	Revisión sistemática	-	Recopilación de la información acerca de la MGF, en términos de prevalencia, evolución en las diferentes culturas, así como resultados de investigaciones sobre esta tradición. Cómo la práctica puede repercutir en las mujeres y la implicación que tienen los equipos sanitarios en la misma.	Es necesario seguir investigando a cerca de la práctica de la MGF para poder realizar intervenciones sanitarias más efectivas. Además, se observa la necesidad de rehacer el discurso internacional sobre esta práctica para no concebir la MGF desde un punto etnocéntrico o colonialista, así como deconstruir el estereotipo de la “mujer cortada” para poder ver más allá y tratar estos casos de forma holística.
A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a	Berg RC, Denison E	Revisión sistemática	-	Determinar los factores perpetuantes de la MGF, así como los puntos clave para su erradicación.	Se encontraron diversos factores perpetuantes y factores para la erradicación de la práctica, los cuales a veces se encontraban interrelacionados. Mostrando, por tanto, que esta tradición se encuentra en punto de transición en donde si se continua con la investigación y con políticas, campañas e intervenciones, se puede progresar hacia la erradicación progresiva de la misma.

Systematic Review					
Rethinking Human Rights and Culture Through Female Genital Surgeries	Yahyaoui Krivenko E.	Ensayo	-	Analizar la relación existente entre cultura y derechos humanos. Específicamente en relación con lo que se conoce como mutilación genital femenina frente a las operaciones estéticas sobre los genitales femeninos.	El punto de vista desde el cual se considera la MGF en occidente es etnocéntrico y colonialista. Teniendo en cuenta que la cirugía estética en los genitales femeninos que se lleva a cabo en Europa y América de forma legal comparte muchos rasgos con la MGF. Debemos realizar un proceso de deculturalización para acercarnos más a este tipo de práctica y comprenderlas de forma holística.
Aproximación de la ablación/mutilación genital femenina (A/MGF) desde la enfermería transcultural. Una revisión bibliográfica.	Jiménez Ruiz, I; Almansa Martínez, P; Pastor Bravo, MM; Pina Roche, F.	Revisión narrativa	-	Analizar los argumentos en favor a la MGF de forma que se avance en la comprensión de esta realidad tan compleja.	La MGF consta como parte del sistema de cuidados genéricos tradicionales de todas aquellas comunidades en las que se da, aunque asimismo provoca un gran impacto en la integridad biopsicosocial de las mujeres y las niñas.

La circuncisión femenina. La antropología y el liberalismo	Londoño Sulkin CD.	Ensayo	-	Cuestionamiento de la MGF como práctica dañina para las mujeres de África subsahariana. Reflexión sobre la práctica y los argumentos que apoyan la misma.	Considera que la censura de esta práctica desde occidente, es un problema etnocentrista y propio de sociedades imperialistas, en donde se condena la práctica sin considerar el contexto étnico/social del que se rodea.
---	--------------------	--------	---	---	--

Fuente: Elaboración propia.